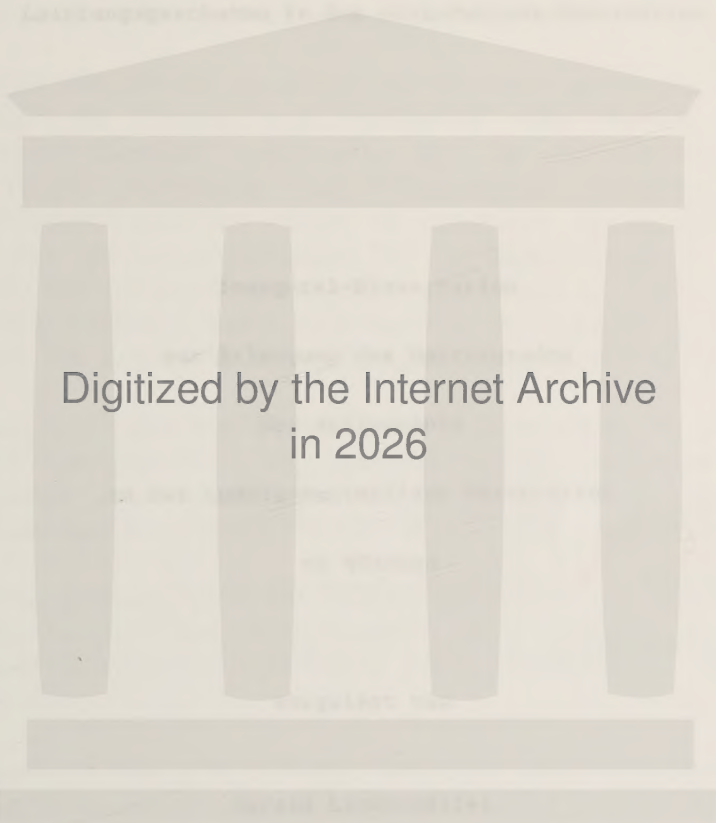


**Die kognitive Repräsentanz von Krankheitserleben und
Leistungsgeschehen in der Arzt-Patient-Interaktion**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians Universität
zu München**

**vorgelegt von
Harald Lindenmüller
München 1986**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Die kognitive Repräsentanz von Krankheitserleben und
Leistungsgeschehen in der Arzt-Patient-Interaktion**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophie

an der Ludwig-Maximilians Universität

zu München

vorgelegt von

Harald Lindenmüller

München 1986

Referent: Prof. Dr. Heinrich Keupp

Korreferent: Prof. Dr. Wolfgang Tunner

Tag der mündlichen Prüfung: 22.7.1986

DANKSAGUNG

Die vorliegende Arbeit über den ambulanten Bereich in der medizinischen Versorgung entstand als Dissertation im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsvorhabens 'Indikatorensysteme im Gesundheitswesen' bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF) München.

Eine dreijährige Anstellung als Doktorand am dortigen Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS-Institut) ermöglichte mir, von der GSF bereitgestellte technische und finanzielle Ressourcen zur Durchführung dieser Studie zu nutzen und das Datenmaterial einer Wartezimmerbefragung bei 10 niedergelassenen Ärzten und 280 Patienten auszuwerten. Dem Leiter der Arbeitsgruppe 'Sozioökonomie' Herrn Priv.-Doz. Dr. D. Schwefel möchte ich für die geleistete Hilfe und Unterstützung herzlich danken.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Herrn Dr. P. Potthoff für die kooperative Unterstützung und die zahlreichen Anregungen zum empirischen Teil der Untersuchung, die entscheidend zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Weiter danke ich allen wissenschaftlichen und technischen Mitarbeitern der Arbeitsgruppe 'Sozioökonomie' für ihre Kollegialität und ihre Hilfe bei der Durchführung des Projekts.

Herrn Professor Dr. Heiner Keupp gilt mein herzlicher Dank für die wissenschaftliche Betreuung meiner Arbeit, für seine konstruktive Kritik und für seine Hilfe bei meinen Problemen.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei allen Patienten und Ärzten bedanken, die durch ihre Teilnahme die Befragung erst ermöglicht haben.

1.0 INHALTSVERZEICHNIS

Theoretischer Teil	1
2.0 Einleitung	2
2.1.1 Aktualität der Thematik	2
2.1.2 Wissenschaftliche Relevanz der Thematik	4
2.1.3 Der Prozeßcharakter der AP-Interaktion	7
2.1.4 Untersuchungsansatz	9
2.2 Methodische Vorbemerkungen zum	
Untersuchungsgegenstand	11
2.2.1 Das interpretative Paradigma in der	
AP-Interaktion	12
2.2.2 Kognitiver Ansatz der Untersuchung	14
2.2.3 Meßproblematik und Doppelcharakter von Krankheit	15
2.2.4 Zentrale Fragestellung	18
2.2.5 Patientenzentrierter Standpunkt	19
2.3 Soziale Rahmenbedingungen der AP-Interaktion	22
2.3.1 Sozialökonomische Aspekte der AP-Interaktion	22
2.3.2 Abstraktion von sozialer Bedingtheit und	
Reifikation	26
2.4 Empirische Erfassung von Gesundheit	28
2.4.1 Gesundheitsbegriffe als Konstrukte der	
empirischen Forschung	30
3.0 Konzepte von Gesundheit und Krankheit	32
3.1.1 Die Funktion von Definitionen	32
3.1.2 Alltags- und Expertenkonzepte	33
3.2 Das Alltagsverständnis von Gesundheit	33
3.2.1 Gesundheit als Eigenschaft	34
3.2.2 Inhaltliche Bedeutung von Gesundheit	36
3.2.3 Dualität des alltäglichen Gesundheitsbegriffs	38
3.2.4 Gesundheit als kognitives Konzept und als	
Normalität	39
3.3 Wissenschaftliches Verständnis von Gesundheit und	
Krankheit	42

3.3.1	Disease, Illness und Sickness: Drei Konzepte von 'Krankheit'	43
3.3.2	Das medizinische Krankheitsmodell	45
3.3.3	Der Begriff des Paradigmas	45
3.3.4	Krankheitsmodell und Krankheitskonzept	47
3.3.5	Das professionelle medizinische Krankheitsmodell	47
3.3.6	Die psychischen Funktionen des Krankheitsmodells	52
3.3.7	Analogie von Krankheitsmodell und Laienkonzept	53
3.3.8	Die Dualität im Begriff der Krankheit (Disease oder Illness)	54
3.3.9	Gesundheitsdefinitionen, Notwendigkeit oder Luxus	56
3.3.10	Der normative Charakter professioneller Gesundheitsdefinitionen	58
3.3.11	Die Bedeutung ärztlicher Gesundheitskonzepte in der AP-Interaktion	60
3.4	Zusammenfassung	62
4.0	Krankheitsverhaltensmodelle	65
5.0	Erklärungsmodelle der AP-Interaktion	71
5.1	Das rollentheoretische Paradigma zur AP-Interaktion	74
5.1.1	Die Krankenrolle nach Parsons	75
5.1.2	Die Arztrolle nach Parsons	77
5.1.3	Das idealistische Moment in Parsons' Rollentheorie	78
5.1.4	Empirische Untersuchung zur Rollentheorie	79
5.1.5	Stellenwert von Gordons Untersuchung	82
5.2	Konfliktheoretische Erklärungen der AP-Interaktion	84
5.3	Die phänomenologische Kritik an der Rollentheorie	86
5.3.1	Der Doppelcharakter von Krankheit in der Phänomenologie	87
5.3.2	Konsequenz der Kritik: Betonung des Erlebensaspekts	93
5.3.3	Die Phänomenologie von Sprache in der AP-Interaktion	94
5.3.4	Gemeinsamkeiten von Rollenparadigma und phänomenologischer Position	97

5.4	Modelle der Optimierung der AP-Interaktion	99
5.4.1	Ratschläge zur Verbesserung der AP-Interaktion	99
5.4.2	AP-Interaktion als Informationsprozeß	100
5.4.3	Kriterien der Interaktionsoptimierung	101
5.5	Macht in der AP-Interaktion	109
5.5.1	Definitionspotentiale in der AP-Interaktion	109
5.5.2	Funktion der Sprache	110
5.5.3	Autokratisches versus kognitiv-reflexives Handlungsmodell	111
5.6	Das interpretative Paradigma der AP-Interaktion	113
5.6.1	Exkurs: Der symbolische Interaktionismus	113
5.6.2	Symbolische Interaktion und Labeling-Perspektive	117
5.6.3	Krisenmodell und Verhandlungsmodell	120
5.6.4	Die Bedeutung der Krankheit	123
5.7	Eine ökonomische Analyse der AP-Interaktion	125
5.7.1	Patientenwünsche und Patientennachfrage	126
5.7.2	Patientenbefragung	127
5.7.3	Fazit: Selbstbeteiligung und Patientenverantwortlichkeit	128
6.0	Kognitive Psychologie und AP-Interaktion	131
6.1	Das Verhältnis Kognition - Emotion in der psychologischen Theoriebildung	131
6.1.1	Emotion als Resultat kognitiver Strukturierung	132
6.1.2	Kognitive Strukturen als Sozialisationsergebnis	133
6.2	Grundannahmen der kognitiven Psychologie	134
6.3	Die Begrifflichkeit der kognitiven Psychologie	136
6.4	Die Bedeutung kognitiver Strukturen für das Krankheitserleben	138
6.4.1	Kognitive Struktur und Individualität	139
6.4.2	Kognitive Interpretation von psychologischen Phänomenen	141
6.5	Selbst- und Fremderleben von Krankheit	144
7.0	Kognitive Faktoren der AP-Interaktion	147
7.1	Die gesundheitliche Situation des Patienten	150

7.2	Patientenerwartungen, Arztwahrnehmung und medizinische Leistungen	152
7.2.1	Die Wunscherwartung des Patienten	153
7.2.2	Die Realerwartung des Patienten	154
7.2.3	Die Leistungen nach den Angaben des Patienten	155
7.2.4	Die Leistungen nach den Angaben des Arztes.	156
7.3	Leistungsebenen und Handlungsinhalte	158
7.4	Die AP-Interaktion als Phase der Krankenkariere	159
7.5	Vorkonsultative Prozesse und Compliance	164
7.6	Fragestellungen und Hypothesen	165
8.0	Methodische Probleme	170
8.1	Intra- und interindividuelle Vergleichbarkeit	170
8.2	Behandlungsspezifität von Veränderungen in der Interaktion	171
8.3	Auswahl der Forschungsmethode	174
8.3.1	Die Bezugssystemproblematik in der empirischen Forschung	181
8.4	Die Meßbarkeit kognitiver Konstrukte	182
	Empirischer Teil	185
9.0	Design und Durchführung der Befragung	186
9.1	Konzeption der Untersuchung	186
9.2	Ähnliche Untersuchungsdesigns zur AP-Interaktion	187
9.3	Stichprobe der Befragung	190
9.4	Abgrenzungen der Stichproben	194
9.4.1	Ärzte und Praxen	194
9.4.2	Patienten	195
9.5	Delegation der Feldarbeit	196
9.6	Diskussion des Untersuchungsdesigns	197
9.6.1	Befragungsdurchführung	206
10.0	Ergebnisse und Interpretation	211
10.1	Merkmale der Arztstichprobe und der Arztpraxen	211
10.2	Beschreibung der Patientenstichprobe	212
10.3	Einzelfalldarstellung durch Konsultationsprotokolle	214

10.4	Die Akzeptanz der Ärzte	218
10.5	Die Patientenmeinung zur Befragung	219
10.6	Auswertungsmethode	221
10.7	Die Beschwerdensituation der Patienten	224
10.8	Darstellung der Änderungsvariablen	226
10.9	Bewertungen der Patientenbefindlichkeit	229
10.9.1	Bewertungsdifferenzen zwischen Patient und Arzt	229
10.9.2	Die Beschwerden in der Sicht von Patient und Arzt	230
10.9.3	Der Gesundheitszustand in der Sicht von Patient und Arzt	232
10.9.4	Die Beeinträchtigung des Patienten aus Arzt- und Patientensicht	236
10.9.5	Die Beunruhigung der Patienten über ihre Beschwerden	237
10.10	Informiertheit und alternative Inanspruchnahme	242
10.10.1	Änderung der Informiertheit der Patienten über Ursachen und Heilung	242
10.10.2	Alternative Inanspruchnahme zur Hilfe und Beratung	243
10.11	Patientenerwartungen, Arztwahrnehmung und ärztliche Leistungen.	245
10.11.1	Auszählung der Leistungskategorien	249
10.11.2	Bivariate Analyse der kognitiven Ebenen nach Leistungen	252
10.11.3	Vergleich von Patientenwünschen und Patientenerwartungen	259
10.11.4	Vergleich von Patientenwünschen und Arztwahrnehmung	260
10.11.5	Vergleich von Patientenwünschen und ärztlichen Leistungen	261
10.11.6	Vergleich von Patientenerwartungen und Arztwahrnehmung	263
10.11.7	Vergleich von Arztwahrnehmung und ärztlichen Leistungen	266
10.11.8	Vergleich von Leistungen nach Patientenangaben und Arztangaben	267

10.12	Die Interaktionszufriedenheit der Patienten . . .	270
11.0	Zusammenfassung	274
12.0	Literatur	281
Anhang		291
12.1	Ausschreibung der Untersuchung an vier Feldforschungsinstitute	291
12.2	Vorhabenbeschreibung:	293
12.3	Fragebogensatz der Untersuchung	297
12.4	Interviewerfragebogen	316
12.4.1	Antworten auf die Frage 14: Patientenmeinungen zur Befragung	319

THEORETISCHER TEIL

2.0 EINLEITUNG

2.1.1 Aktualität der Thematik

Eine in den letzten Jahren immer heftiger kontrovers geführte öffentliche Diskussion befaßt sich mit der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Mit dem Ziel, Einsparungspotentiale aufzudecken, wird häufig auch der ambulante Bereich des Gesundheitswesens und damit vor allem auch die ambulante medizinische Praxis anvisiert. Mit Schlagworten wie Anspruchsdenken der Patienten, Anspruchsinflation, Verschwendung, unsolidarisches Verhalten, Profitstreben der Ärzte, Verschreibungsmedizin usw. wird versucht, durch Schuldzuschreibungen gegenüber Arzt oder Patient, die Notwendigkeit von strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems oder die Berechtigung des bestehenden Zustands zu begründen. Durch die stark zunehmenden Absolventenzahl an Medizinern wird eine Ärzteschwemme befürchtet, die zu einer Verschärfung der Konkurrenz zwischen den praktizierenden Ärzten führen könnte. Die Vorstellung eines expandierenden Wettbewerbs der Ärzte um die Patienten führt zu Befürchtungen, daß die Ärzte medizinisch unbegründete Leistungen erbringen und den Wünschen des Patienten entgegenkommen, um ihn nicht an einen Kollegen zu 'verlieren'. Überversorgung und Ärzteschwemme sind also weitere Schlagworte, die weniger den tatsächlichen Zustand der medizinischen Versorgung, sondern vielmehr Befürchtungen und irrationale Erwartungen ausdrücken.

Einigkeit besteht jedoch darüber, daß das Arzt - Patienten - Verhältnis, und insbesondere das Vertrauen der Patienten in die Ärzte als qualitativer Faktor des Gesundheitswesens und als therapeutische Bedingung der Genesung der Patienten durch diese Auseinandersetzung in Mitleidenschaft gezogen wird.

Vertrauen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird vor allem von den Ärzten beschworen. Vertrauen ist jedoch kein Wert an sich, sondern muß seine Begründung und Berechtigung durch die Inhalte des AP - Verhältnisses (*) belegen. Das Vertrauen des Patienten in den Arzt ist die Folge von Bewertungen des AP-Verhältnisses nach bestimmten Maßstäben. Damit stellt sich die Frage, welche Qualitätskriterien an die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich anlegen werden sollen.

Die Betonung des Kostenaspekts der Behandlung führt in der öffentlichen Diskussion häufig zu einer Zurückstellung von Inhalt und Qualität medizinischer Versorgung. Die diffizilen psychologischen und sozialen Prozesse, die sich in der Begegnung zwischen Arzt und Patient abspielen und deren Aufdeckung erst eine Versachlichung der Diskussion ermöglichen würde, werden meist in den Hintergrund gedrängt. Damit findet eine Verschiebung der Beurteilungskriterien gegenüber medizinischer Versorgung statt. Als Qualitätskriterien drohen Kosteneffektivitätsüberlegungen medizinische, psychologische und humane Beurteilungskriterien zu überlagern.

Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion kann von Seiten der Sozialwissenschaften darin liegen, empirisch fundierte Informationen und Erklärungsmodelle zur AP-Interaktion zu liefern und Prozesse aufzudecken, die zwischen Arzt und Patient wirksam sind und sowohl das sogenannte Leistungsgeschehen als auch die Patientenkarriere maßgeblich beeinflussen.

(*) Arzt-Patient wird als AP abgekürzt

2.1.2 Wissenschaftliche Relevanz der Thematik

Ein Bereich der alltäglichen Erfahrung, der für jeden Menschen existenzielle Bedeutung hat, und von dem jeder betroffen wird, liegt im Erleben von Krankheit und in der Erfahrung von heilenden und kompensierenden Hilfeleistungen. Während das Krankheitserleben zunächst als unvermittelte subjektive Angelegenheit erscheint, sind die Reaktionen auf die Erkrankung gesellschaftlich bezogen, indem andere Individuen oder soziale Institutionen involviert werden. Das Spektrum von Reaktionsmöglichkeiten auf das Erleben von subjektiven Beschwerden wird gewöhnlich als Krankheitsverhalten bezeichnet. Neben der sogenannten Laienhilfe durch soziale Netzwerke wie Familie oder sonstige Bezugspersonen ist die Inanspruchnahme professionalisierter Institutionen des Gesundheitssystems das gängige und gesellschaftlich relevanteste Mittel der Heilungssuche bei ernsthaften Krankheiten.

Für den Patienten ist in der Regel die Konsultation des Hausarztes der erste Kontakt mit einer Institution des Gesundheitswesens. Der Hausarzt entscheidet über die weitere Behandlung und stellt damit die Weichen für die Patientenkarriere. Die Interaktion des Patienten mit dem ambulanten Arzt ist sowohl vom Standpunkt des Patienten für seine Gesundung und seine Patientenkarriere von weitreichender Bedeutung als auch vom Standpunkt des Gesundheitssystems als Ort wichtiger Entscheidungsprozesse für die Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitseinrichtungen. Außerdem bildet sie für den praktizierenden Arzt den Mittelpunkt seiner Berufstätigkeit und läßt daher auch von dieser Seite Interesse für eine sozialpsychologische Untersuchung der Prozesse der AP- Begegnung erwarten.

Dem breiten Spektrum des Krankheitsverhaltens, das ganz offensichtlich in einen gesellschaftlichen Zusammenhang integriert ist, steht das individuelle Erleben von Krankheit

gegenüber, dessen soziale Implikationen nicht unmittelbar ersichtlich sind.

Der subjektive Charakter des Erlebens von Krankheit verliert jedoch seine individualistische Deutung, wenn die Vermittlung der individuellen Interpretation von körperlichen Prozessen durch soziale Faktoren mitberücksichtigt wird. Auch das Erleben von Krankheit hat damit gesellschaftlichen Charakter, da die Wahrnehmungen und Reaktionen, die sich auf den Gesundheitszustand beziehen, durch die sozialen Erfahrungen der Individuen bedingt sind. Ebenso wie alle anderen Lebensbereiche ist auch das Erleben von Krankheit durch Sozialisationsprozesse mit bedingt. Im Sozialisationsprozeß erworbene Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit, von Erkrankung und Genesung bilden die Grundlage für die Vielfalt der Erlebnisweisen von Krankheit und für das Verhalten des Patienten.

Gesundheit und Krankheit sind zentrale Bestandteile der individuellen Identität. Diese Identität bildet sich innerhalb der Sozialisationsprozesse in Elternhaus, Schule und Beruf, aber auch in der Begegnung mit Ärzten heraus. Der Arzt, der meist das Vertrauen des Patienten und eine hohe Anerkennung genießt, bildet dadurch für die Gesundheitsidentität des Patienten eine Sozialisationsinstanz.

Die Subjektivität des Arztes ist dadurch gekennzeichnet, daß sie ihre Konzeptionen von Entstehung und Behandlung von Krankheiten aus dem Prozeß der Professionalisierung und der Wechselwirkung von Berufserfahrung und 'privaten' Einstellungen gegenüber Patienten und Krankheiten angeeignet hat. In seiner Ausbildung hat er sich spezifische Deutungsmuster von Krankheit angeeignet und entwickelt im Laufe seiner Berufserfahrung pragmatische Alltagstheorien von Gesundheit, Krankheit und medizinischen und sozialen Behandlungsweisen der Patienten.

Die Begegnung von Arzt und Patient in der sozialen Form der konsultativen AP-Interaktion kann also durch das Aufeinandertreffen von verschiedenen Interpretationsmustern von Krankheit eine Bedingung für die Modifikation dieser Muster auf der psychologischen Ebene und eine Bedingung der Inanspruchnahme bzw. Gewährung medizinischer Leistungen auf materieller Ebene dar. Gleichzeitig bilden die kognitiven Muster von Arzt und Patient die Ausgangspunkte für die Prozesse in der konkreten konsultativen Auseinandersetzung.

Da der Arzt im allgemeinen vom Patienten als Experte angesehen wird, kann erwartet werden, daß das Urteil des Arztes Einfluß auf die Selbstbeurteilung des Patienten und die Bewertung seines Gesundheitszustands ausübt.

Im Handlungsbereich der AP-Interaktion werden Erwartungen des Patienten wahrgenommen, erfüllt, modifiziert oder enttäuscht, so daß neben den Bewertungen auch die Konzeptionen von Behandlungsweisen von Krankheiten modifiziert werden können.

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient läßt sich also auf zwei Ebenen betrachten:

der materiellen oder objektiven Ebene

der psychologischen oder subjektiven Ebene

Die materielle oder objektive Ebene umfaßt die Ereignisse und sozialen Strukturen der Interaktion (z.B. Versicherungsart des Patienten, Untersuchung, Verschreibung, Konsultationsdauer etc.).

Die psychologische Ebene beinhaltet die Erwartungen, Bedürfnisse, Bewertungen, kommunikativen Kompetenzen, Informationsaustauschprozesse, Zufriedenheit und konkretes Verhalten auf der Erlebnisebene sowohl bei Arzt und Patient.

Die psychologische Ebene läßt sich wiederum unterscheiden nach

Individuellen Prozessen

Interaktionsprozessen

Die Prozesse auf subjektiver Ebene sollen in dieser Arbeit genauer betrachtet werden, insbesondere das Wechselverhältnis von individuellen Prozessen und Interaktionsprozessen.

2.1.3 Der Prozeßcharakter der AP-Interaktion

Der eigentliche Gegenstand dieser Arbeit liegt nun in den Prozessen, die sich in der Interaktion zwischen Arzt und Patient abspielen und den Wirkungen, die diese Prozesse auf psychische Funktionen des Patienten ausüben. Die AP-Interaktion kann in mehrere untereinander funktionell und strukturell verknüpfte Prozesse gegliedert werden:

- Die Entscheidung des Patienten zur Arztkonsultation
- Das Aufeinandertreffen von Arzt und Patient in der Praxis
- Die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Patienten durch Arzt und Patient :
- Der Austausch von Informationen zwischen Arzt und Patient
- Der Austausch von Erwartungen (verbal und nonverbal) zwischen Arzt und Patient (Selbstdarstellung und

Wahrnehmung der Selbstdarstellung durch den Interaktionspartner)

- Die Schilderung der Beschwerden durch den Patient und die Entwicklung der Diagnose durch den Arzt.
- Die Entscheidung des Arztes zu bestimmten Maßnahmen
- Die Wahrnehmung dieser Maßnahmen durch den Patienten
- Die Bewertung der Konsultation durch den Patienten (Zufriedenheit)

Diese Prozesse sind Abläufe, die Veränderungen in psychischen Strukturen des Patienten hervorrufen. Diese Strukturen, die sich vorläufig als kognitive Konzepte bezeichnen lassen, sind sozusagen Momentaufnahmen des Interaktionsprozesses zwischen Arzt und Patient. Sie lassen sich folgendermaßen gliedern:

- Bewertungen des Gesundheitszustands
- Die subjektive Informiertheit des Patienten
- Krankheitskonzepte für Entstehung und Heilung der Beschwerden
- Die Erwartungen des Patienten an die Behandlung
- Die Behandlung auf den Ebenen:

Erbrachte Leistungen aus der Sicht des Arztes

Erbrachte Leistungen aus der Sicht des Patienten.

- Die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung

- Das 'Nachbehandlungsverhalten' (Compliance) des Patienten

Der Zusammenhang zwischen den Prozessen in dieser Darstellungsweise ist zunächst chronologisch, d.h. daß die Prozesse notwendig in einer bestimmten Reihenfolge ablaufen müssen. Auf jedes Element des Gesamtprozesses wirken Bedingungsfaktoren ein, die sowohl kognitiv-subjektiver als auch sozial-objektiver Art sein können.

Als Prozesse der Interaktion zwischen Arzt und Patient können alle diese Komponenten gelten, wobei jedoch die Entscheidung zur Inanspruchnahme und das Compliance eher periphere Prozesse darstellen, die hier nur peripher behandelt werden sollen.

Innerhalb der einzelnen Prozeßelemente und zwischen ihnen laufen differenzierte psychologische und soziale Mechanismen ab, die auch nicht aus sich selbst heraus, sondern nur in einem erweiterten Zusammenhang, etwa indem die Geschichtlichkeit des Individuums oder das Gesundheitssystem miteinbezogen werden, verstehbar sind.

Es handelt sich also um einen komplexen Prozess, der weder als Kausalkette, noch als Bedingungsmodell hinreichend dargestellt werden kann. Trotzdem soll in dieser Arbeit versucht werden, möglichst viele Aspekte der AP-Interaktion zunächst theoretisch zu erfassen, wobei die bisherigen Ansätze zu diesem Gegenstand kritisch berücksichtigt werden sollen.

2.1.4 Untersuchungsansatz

Ein wesentliches Merkmal der AP-Interaktion ist der eben skizzierte spezifische Prozeßcharakter. Um die Wirkung

dieser Prozesse und die Prozesse selbst erfassen zu können, benötigt man ein Instrument, das dem Prozeßcharakter gerecht wird und möglichst wenig selbst in den Prozeß interveniert.

Eine Befragung von Patienten und Ärzten in der Alltagssituation einer ambulanten Arztpraxis soll Hinweise zur Beantwortung der abgeleiteten Fragen zu den Bedingungen der Bewertung von Krankheitszuständen durch Patient und Arzt, zur Rolle der Patientenerwartungen in der Behandlungssituation und zu den Bedingungen der Zufriedenheit des Patienten geben. Dabei sollen auch die Probleme der Meßbarkeit und die mit derartigen 'Messungen' von subjektiven Größen verbundenen Probleme kritisch betrachtet werden.

Gleichzeitig soll die Problematik des Verhältnisses zwischen der sogenannten quantitativen Sozialforschung und der ihr kritisch gegenüberstehenden qualitativen Sozialforschung unter den Gesichtspunkten der Nützlichkeit und Durchführbarkeit für diese Fragestellungen problematisiert werden.

Für die Untersuchung soll eine Erhebungsart gewählt werden, die besonders geeignet ist, Kognitionsveränderungen durch Interaktionsprozesse festzustellen. Es soll eine Untersuchungsart angestrebt werden, die den Einfluß der Arztsichtweise von individueller Krankheit auf die Patientensichtweise quantifizierbar machen kann. Dieses Anliegen legt ein dreistufiges Design nahe, in dem der Patient vor der Konsultation und der Arzt und der Patient nach der Konsultation befragt werden. Aus diesem Ansatz lassen sich Vergleiche zwischen den Patientensichtweisen untereinander und Arzt- und Patientensichtweise ableiten und Schlüsse über den Einfluß des Arztes auf den Patienten ziehen. Dabei können auch Informationen über die Wahrnehmung der Patientenerwartungen durch den Arzt gewonnen werden. Gleichzeitig bietet dieses Design die Möglichkeit, Erwartungen der Patienten an die Behandlung und den Verlauf dieser Erwartungen in der Interaktion zu kontrollieren.

Den Abschluß des Projekts sollen die Darstellung der Ergebnisse, ihre Einschätzung als Mittel zur Beantwortung der gestellten Fragen, die Einschätzung der Tauglichkeit des eingesetzten Untersuchungsinstruments und die Ableitung konklusiver Fragestellungen bilden.

2.2 METHODISCHE VORBEMERKUNGEN ZUM UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND

Innerhalb der psychologischen Theoriebildung wurden die konventionellen Theoriegebäude der eher therapieorientierten Verhaltensforschung, der Psychoanalyse und anderer praxisorientierter Ansätze durch soziologische Theoriemodelle, etwa des symbolischen Interaktionismus zur Ausweitung ihres Horizonts angeregt. Häufig wurde dabei versucht, Elemente eines Modells in ein bereits bestehendes zu integrieren, ohne dabei die Kernannahmen der ursprünglichen Theorie anzutasten. Ein Paradigmenwechsel im Sinne von Kuhn (1970) (vgl. auch Bauch (1979), Schuller (1979), Schoene (1979) fand dabei in der psychologischen Theoriebildung nur in einer Form statt, die nicht als wissenschaftliche Revolution, sondern als ständige Ergänzung bestehender Konstrukte um weitere Aspekte um sich griff. Obwohl bestimmte Theorien wie etwa die Psychoanalyse immer stärkerer Kritik ausgesetzt werden, die auch ihren Ausdruck in öffentlichen Diskussionen findet (vgl. etwa Der SPIEGEL 1984), hat eine grundsätzliche Umwälzung oder Ablösung von psychologischen Theorien nicht stattgefunden. Zwar geraten viele Ansätze in Vergessenheit, was jedoch eher mit ihrer Unergiebigkeit für praktische Zwecke oder mit der Überkommenheit der behandelten Probleme zusammenhängt, als mit einer Infragestellung der Basisannahmen ihres Bezugssystems. Die Charaktertypologie in der Psychologie ist ein Beispiel für diese Entwicklung.

Innerhalb einer in ihren Grundannahmen unangetasteten psychologischen Theoriebildung können jedoch mehrere innovative Momente festgestellt werden, die ihren Ursprung auch in benachbarten Fachdisziplinen wie etwa der allgemeinen Soziologie oder der Pädagogik haben. Die Gesprächstherapie hat beispielsweise Grundideen des Interaktionismus integriert, indem sie die Interaktion des Klienten mit dem Therapeuten als Bedingung der Selbstfindung problematisiert.

Ein für unsere Untersuchung maßgebliches Problem ist die Eignung theoretischer Konstrukte für eine Felduntersuchung der AP-Interaktion. Die in Betracht zu ziehenden Theorieansätze sollen deshalb auch unter einer pragmatischen Zielsetzung auf ihre Eignung für eine alltagsnahe Untersuchung der AP-Interaktion hin untersucht werden.

2.2.1 Das interpretative Paradigma in der AP-Interaktion

Die Prozesse, die sich im Rahmen der AP-Interaktion abspielen, wurden von soziologischer und dabei insbesondere medizinsoziologischer, aber auch medizinpsychologischer Seite vor allem durch Anwendung allgemeiner rollentheoretischer Theorieelemente auf diesen Gegenstandsbereich abgehandelt (vgl. Pflanz 1962, 1967abc; Parsons 1951, 1967). Es handelt sich dabei um die Betrachtung des AP-Verhältnis unter den Annahmen des sogenannten normativen Paradigmas.

Eine Weiterführung dieses Ansatzes liegt nun darin, Patient und Arzt nicht nur als potentielle Rollenerfüller zu betrachten, sondern als Individuen mit der Kompetenz der Reflexivität der ihnen zugeschriebenen Rollen zu sehen, und kognitive Elemente und Prozesse auf beiden Seiten mit in die Analyse der AP-Interaktion einzubeziehen. Unter diesen Gesichtspunkten treten sich Patient und Arzt als Individuen mit spezifischen zielbezogenen Absichten und sozial

geformten Konzeptionen und Interpretationen gegenüber, die aneinander modifiziert werden.

Gleichzeitig wird die gegenseitige Bedingtheit der Verhaltensweisen von Arzt und Patient berücksichtigt und ihre Qualität als Bedingung einer adäquaten AP-Interaktion thematisiert. Die Adäquatheit bezieht sich auf Behandlungsziele, die entweder implizit unterstellt sind oder in der Behandlung explizit vereinbart oder zumindest formuliert werden.

Diese Erweiterungen der Auffassungen des normativen Paradigmas haben inzwischen im sozialwissenschaftlichen Theoriespektrum ihren festen Platz als sogenanntes 'interpretatives Paradigma' eingenommen und sollen an anderer Stelle ausführlicher behandelt werden. Dabei soll auch auf die Ergiebigkeit dieser Forschungsrichtung für eine empirische Untersuchung der AP-Interaktion diskutiert werden.

Eine vorwegnehmbare, der alltäglichen Erfahrung entsprechende Annahme liegt darin, daß die Modifikationen von subjektiven Variablen vor allem auf seiten des Patienten stattfinden, da der Arzt sowohl als Träger wissenschaftlicher Kompetenz als auch als gesellschaftlich bevollmächtigter Träger von Entscheidungen, die den Patienten betreffen, über eine ungleich stärkere Definitionskompetenz verfügt als der Patient. Der Patient tritt dem Arzt als Hilfesuchender gegenüber, der sich seinen Problemen gegenüber nicht kompetent weiß, also den Status des Laien einnimmt, und Leistungen erwartet, deren Erfüllung im allgemeinen das Monopol der ärztlichen Profession ist.

Aufgrund dieser Annahmen werden in dieser Arbeit die Veränderungen von psychologischen Prozessen lediglich auf der Patientenseite untersucht.

Der Arzt gewinnt seine Sicherheit über die Angemessenheit seiner Urteile und Verhaltensweisen aus Kriterien, die nicht in der Behandlungssituation selbst begründet sind. Für den Patienten hingegen sind die Bewertungen seiner Leiden durch den Arzt und die weitergehenden Reaktionen und Maßnahmen des Arztes ein Orientierungspunkt, der seine bisherigen Bezugssysteme stark relativieren kann.

2.2.2 Kognitiver Ansatz der Untersuchung

Eine aktuelle Theorievariante der Psychologie die ihren eigentlichen Ursprung in der allgemeinen Psychologie findet und in die zahlreiche innovative Elemente integriert wurden, ist die sogenannte 'kognitive Psychologie'. Ihr soll wegen ihrer besonderen Eignung zur Betrachtung eines komplexen Interaktionsgeschehens wie der AP-Interaktion besondere Beachtung geschenkt werden. Ihre Grundannahmen werden an späterer Stelle ausführlich behandelt werden.

Eine methodologische Vorentscheidung für unsere Untersuchung liegt also darin, die AP-Interaktion unter kognitiv-psychologischen Aspekten zu untersuchen, und daraus Annahmen über den Zusammenhang von Interaktionsgeschehen und Patientensubjektivität empirisch zu überprüfen. Grundlegend hierfür sollen modellhaft Annahmen über die Prozesse der AP-Interaktion aufgestellt werden.

Der Schwerpunkt der theoretischen Analysen und der Datenerhebung wird dabei unter Zugrundelegung einer kognitiv - psychologischen Auffassung auf Erwartungen, Wahrnehmungs-, und Bewertungsprozesse in der AP-Interaktion gelegt. Als theoretischer Bezugsrahmen sollen dafür Annahmen über die AP-Interaktion entwickelt werden, die die bereits aufgezählten Prozesse und Strukturen zum Gegenstand haben. Die zentralen Fragestellungen sind also auf die Interak-

tionsphase zwischen Arzt und Patient gerichtet. Anhand des Ablaufs einer Konsultationsphase auf der Patientenseite einerseits und der Arztseite andererseits sollen interaktiv relevante Variablen inhaltlich und quantitativ bestimmt werden und Veränderungen dieser Größen im Hinblick auf die entwickelten Fragestellungen untersucht werden.

2.2.3 Meßproblematik und Doppelcharakter von Krankheit

Eine der Fragestellungen unserer Untersuchung richtet sich auf die bewertende Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustands durch den Patienten.

Um eine potentielle Modifikation des Patientenurteils über den Gesundheitszustand durch das Arzturteil überprüfen zu können, müssen vergleichbare Maßstäbe zur Bewertung des Gesundheitszustandes des Patienten zugrundegelegt werden, die einerseits sowohl die Bewertung des Gesundheitszustands durch den Patienten selbst als auch die Bewertung des Gesundheitszustands des Patienten durch den Arzt erlauben, und andererseits untereinander vergleichbar sind.

Häufig wird in empirischen Untersuchungen der Anspruch erhoben, subjektive Größen zu messen. Dies ist dann erforderlich, wenn eine intersubjektive Vergleichbarkeit der Ergebnisse (z.B. in der psychologischen Testtheorie, Intelligenzmessung etc.) angestrebt wird. Da die Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands jedoch keine Eigenschaft im Sinne der psychologischen Testtheorie darstellt, sondern viel eher eine Einstellung, sind deren Meßbegriffe für unsere Zwecke nicht brauchbar. Man kann auch nicht von Einstellungsmessung sprechen, da jeder Patient einen eigenen Gegenstand beurteilt, nämlich seinen speziellen Gesundheitszustand. Bei der Einstellungsmessung hingegen ist der zu beurteilende Gegenstand für alle Befragten identisch.

Da in unserer Untersuchung ein intrasubjektiver Vergleich von Bewertungen durchgeführt werden soll, ist für die Feststellung einer quantitativen Änderung der Bewertung eine Ordinalskala angemessen. Die Stufen einer Ordinalskala drücken auch qualitative Unterschiede aus (keine Beschwerden, leichte Beschwerden, starke Beschwerden). Aufgrund der Annahme, daß die verwendeten Kategorien für Arzt und Patienten die gleiche Bedeutung ausdrücken, ist eine Betrachtung der Änderung des Patientenurteils als potentielle Wirkung des Arzturteils möglich.

Bereits an dieser Stelle soll betont werden, daß der Begriff 'Gesundheitszustand', der sowohl als medizinisch objektivierbares Urteil über organische Prozesse, als auch als subjektive Beurteilung einer wahrgenommenen Gesamtbeefindlichkeit verstanden werden kann, hier hauptsächlich in der letzteren Bedeutung verwendet wird. An anderer Stelle wird noch auf die Relevanz dieser Bedeutungsvariabilität in der AP-Interaktion eingegangen werden.

Mit dem Problem der Quantifizierung von subjektiver Gesundheit stellt sich die Frage nach Indikatoren von Gesundheit, Gesundheitszuständen und Krankheiten. Diese Indikatoren werden als operationalisierbare und empirisch überprüfbare Variablen in einem jeweiligen theoretischen Bezugssystem definiert. Das zugrundegelegte Konzept von Gesundheit bzw. Krankheit beinhaltet also auch die Schlüsse darüber, ob und wie diese Phänomene quantifiziert werden können.

Die meisten Definitionen differenzieren den Gesundheitszustand in eine objektive und subjektive Qualität von Gesundheit, was häufig als Doppelcharakter von Gesundheit oder Krankheit gekennzeichnet wird (vgl. Rosemeier 1981a,b, Keupp 1976). Vereinfacht ausgedrückt liegt diese Unterscheidung in der Annahme von mit naturwissenschaftlichen Mitteln objektivierbaren physiologischen Prozessen des Organismus einerseits und dem subjektiven Erleben dieser

Prozesse andererseits. Der Zusammenhang zwischen beiden Ebenen liegt in der Wechselwirkung von Individuum und Umwelt.

Die sozialwissenschaftlich relevante 'subjektive Seite' von Krankheit läßt sich als durch individuelle Etikettierungsprozesse hergestellt charakterisieren. Die Bedingungen für diese Bewertungen, Interpretationen, und im weiteren Sinne auch als Einstellungen beschreibbaren kognitiven Defintions- und Etikettierungsprozesse liegen in der individuellen Sozialisation des Patienten. Neben der individuellen Lebensgeschichte sind die Abläufe in der AP-Beziehung und die in den bisherigen Erfahrungen mit dem Medizinsystem ausgebildeten Haltungen ein Bestandteil dieser Sozialisation.

Die AP-Interaktion wird in diesem Zusammenhang also als Element der für das individuelle Erleben von Gesundheits- und Krankheitszuständen relevanten Sozialisationsprozesse begriffen. In engem Zusammenhang mit dem subjektiven Erleben von Krankheit stehen die Vorstellungen und Meinungen über Entstehung, Verlauf und Heilung von Krankheiten, die die kognitive Seite des Krankheitserlebens darstellen. Im Unterschied zu den naturwissenschaftlichen Erklärungen der professionellen Medizin handelt es sich hierbei um sogenannte Alltags- oder Laienerklärungen über die Entstehung, Ursachen und Hintergründe sowie über die Verlaufs- und Heilungsmöglichkeiten von Krankheiten. Diese durch Erziehung, Ausbildung und alltägliche Informationen erworbene Vorstellungen über die Entstehung, Bedeutung, Wichtigkeit und Heilung von Krankheiten sind Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und resultieren in spezifischen Varianten von Inanspruchnahmeverhalten, Erwartungshaltungen und Befolgungsverhalten. Sie werden in unserer Untersuchung in der abstraktesten Form als kognitive Konzepte oder kognitive Strukturen bezeichnet.

Im Unterschied zum objektiven medizinischen Krankheitsbegriff, der die Krankheit primär als physiologische Dysfunktion betrachtet, also als Störung eines natürlichen Funktionsprozesses, untersucht die sozialpsychologische Perspektive hauptsächlich die Bedingungen der Wahrnehmung, Beurteilung und Handlungsrelevanz dieser natürlichen Prozesse, sowie die Integriertheit dieses Geschehens in den gesellschaftlichen Zusammenhang.

2.2.4 Zentrale Fragestellung

Die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit sind auf die Wirkungen der AP-Interaktion als Modifikationsbedingung von kognitiven Patientenvariablen gerichtet. Das Befragungsdesign soll deshalb so konzipiert werden, daß diese Variablen vor der ärztlichen Konsultation und nachher erhoben werden können, um Schlüsse über Veränderbarkeit und konkrete Veränderungen in Abhängigkeit von Interaktionsbedingungen ziehen zu können.

Gleichzeitig soll das sogenannte Leistungsgeschehen in der kognitiven Repräsentanz von Arzt und Patient betrachtet werden, also Erwartungen an den Arzt, deren Wahrnehmungen durch den Arzt und die Wahrnehmung des Geschehens in der Praxis durch Arzt und Patient. Da diese Studie in ihrer besonderen Form einer Befragung von Arzt und Patient in der Praxis des Arztes zur Untersuchung von Interaktionsprozessen Pretestcharakter hat, soll auch die Eignung des Befragungsdesigns anhand seiner Durchführung und der Ergebnisse problematisiert werden.

2.2.5 Patientenzentrierter Standpunkt

Mehrere Auswahlkriterien für Schwerpunkte der Erforschung der AP-Beziehung werden von Wildgrube (1978) genannt. Für die große Zahl von Variablen und das unendliche Netz von Wechselwirkungen fordert er ein entsprechend weit verzweigtes Muster möglicher Forschungsansätze. Das erste Kriterium zur Festlegung von Forschungsschwerpunkten liegt dabei darin, einen präziseren Anschluß der Forschungen über AP-Beziehungen an die psychologische Fachsystematik und die psychologische Grundlagenforschung zu erzielen. Dies beinhaltet die Notwendigkeit, den Bestand empirischer Ausgangsdaten aufzustocken, indem weit mehr als bisher Beobachtungsmaterialien zur AP-Interaktion gesammelt werden sollen. Sein zweites Kriterium betrifft eher eine aktuelle Perspektive, die darin besteht, die augenblicklichen Hauptkonfliktstoffe zwischen Arzt und Patient aufzuspüren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Eine patientenzentrierte Sichtweise wird für diese Zielsetzung als wichtiges Unterkriterium gefordert. Material zur Erkenntnis von Konfliktstoffen und kritischen Situationen sollen dabei Patientenbefragungen, Patientenbeobachtungen, Ärztebefragungen und Inhaltsanalysen von Fachbüchern, aber auch von Arztbriefen etc. sein.

Einen ähnlichen Standpunkt zur sozialwissenschaftlichen Aufgabenstellung nimmt Schwefel (1984, S.233) aus gesundheitsökonomischer Sicht ein:

"Gesundheitsindikatoren müssen auch die Selbsterlebnisse der Bevölkerung von ihrer eigenen Gesundheit widerspiegeln; durch Gesundheitsindikatoren, durch subjektive Gesundheitsmaße kommt eine wichtige Bezugsgruppe der Gesundheitssystemforschung zur Sprache, die Individuen, die Betroffenen, die Patienten. Irgendwie sind Gesundheitssystemforscher als Wissenschaftler immer auch Advokaten der Bevölkerung; die von der

Bevölkerung gefühlte und erlebte Gesundheit ist ein wesentlicher Gesichtspunkt einer nicht partiell interessengebundenen Gesundheitssystemforschung. ... Denn das ist das Ziel von angewandter Gesundheitsplanung und Gesundheitsökonomie: Gesundheit - d.h. auch subjektives Wohlbefinden - sichern und steigern helfen."

Der entscheidende Beitrag, den eine sozialpsychologische Grundlagenforschung im Bereich der AP-Interaktion leisten kann, liegt also darin, von den legitimen Anliegen des Patienten auszugehen, vom Gesundheitssystem Dienstleistungen zur Verfügung gestellt zu bekommen, die die Erhaltung und Wiederherstellung seiner körperlichen und seelischen Gesundheit gewährleisten und Ursachen von Erkrankungsrisiken erforschen und beseitigen.

Mit dieser Standpunktnahme ist eine patientenzentrierte Sichtweise der psychologischen Untersuchung und Bewertung der Prozesse in der Gesundheitsversorgung definiert. Aufgabe der sozialpsychologischen Grundlagenforschung im Bereich der medizinischen Systemforschung kann es also nicht sein, bestehende Verhältnisse im aktuellen Gesundheitswesen zu affirmieren, zu legitimieren oder in wissenschaftlicher Form partikulare Interessen zu artikulieren. Vielmehr sollen unter Zugrundelegung des Ziels der Beseitigung von Hindernissen für eine optimale und effiziente Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Problembereiche aufgespürt werden, Konflikte oder Interessenkollisionen offengelegt werden und Handlungsvorschläge zur Bereitstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung unterbreitet werden. Patientenorientierung kann unter drei Aspekten verstanden werden:

Thematisch: Der Patient als Gegenstand der Betrachtung

Methodisch: Vom Standpunkt des Patienten aus gesehen

Normativ: Die Ziele des Patienten aufgreifend

Die Betrachtung der AP-Interaktion als Untersuchungsgegenstand kann alle drei Aspekte berücksichtigen, ohne jedoch den Standpunkt des Patienten zu übernehmen, sondern ihn als Bestandteil der Interaktion zu betrachten.

Wildgrube (1978) sieht Methoden zur Bearbeitung dieser Fragen in der Untersuchung der Patientenzufriedenheit, der Erwartungen der Patienten an konkrete medizinische Dienstleistungen, der Bewertungen von individuellen Gesundheits-(Krankheits)zuständen durch Arzt und Patient und Diskrepanzen auf dieser Ebene, sowie in der Untersuchung der diesen Prozessen zugrundeliegenden individuellen kognitiven Bezugssysteme und weiter gefaßt, gesellschaftlicher Normen- und Wertsysteme.

Schon an dieser Stelle muß auf die Problematik hingewiesen werden, die Ansprüche und Erwartungen des Patienten von vorneherein als für seine Gesundheitsinteressen optimale Maßnahmen oder adäquate Beurteilungen zu unterstellen. Der Patient ist eben existenziell auf einem Gebiet betroffen, auf dem er wissenschaftlicher Laie ist, und bezieht seine Maßstäbe für notwendige Maßnahmen aus mehr oder weniger kompetenten Informationsquellen. Vom Patienten kann nicht erwartet werden, die Notwendigkeiten seiner Behandlung zu kennen, da er nicht über das erforderliche medizinische Wissen verfügt, das für eine adäquate Behandlung mit die Grundlage darstellt.

Das Laienwissen des Patienten zusammen mit den gesellschaftlichen Randbedingungen sind die entscheidenden Faktoren bei der sogenannten Inanspruchnahmeentscheidung. Da bei der Wahrnehmung von Krankheitssymptomen drei Viertel der Betroffenen keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, sondern im Rahmen der sogenannten Laienhilfe verbleiben, hat die Entscheidung, den Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen, eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung, die durch die

Kostendämpfungsdebatten der letzten Jahre ständig thematisiert wird. Ob das Bedürfnis nach einer optimalen und adäquaten Gesundheitsversorgung dem nach einer kostengünstigen Versorgung widerspricht, mag dahingestellt bleiben. Eine Aufgabe der sozialpsychologischen Forschung muß es jedoch sein, potentielle Defizite zwischen den Erwartungen der Patienten und den ihnen gewährten Leistungen aufzuzeigen und in jedem Fall die psychologischen Momente aufzudecken, die sich im mikrosozialen Feld der ambulanten Arztpraxis abspielen. Der Zusammenhang zu makrosozialen oder ökonomischen Bestimmungsgrößen kann im Kontext dieser Arbeit weder aufgedeckt noch analysiert, sondern höchstens an geeigneter Stelle angedeutet werden.

2.3 SOZIALE RAHMENBEDINGUNGEN DER AP-INTERAKTION

2.3.1 Sozialökonomische Aspekte der AP-Interaktion

Den ökonomischen Hintergrund der AP-Beziehung bildet die Absicherung der Mehrzahl der Patienten durch ein System der gesetzlichen Versicherung, das durch Zwangsabgaben finanziert wird. Ab einer bestimmten Einkommensgrenze entfällt die Versicherungspflicht, d. h. ärztliche Leistungen werden privat in Rechnung gestellt. In den meisten Fällen steht also (im Unterschied etwa zu den USA) der ökonomische Aspekt der ärztlichen Leistungen für den Patienten im Hintergrund, da die Behandlung scheinbar ungeachtet seiner wirtschaftlichen Potenz abläuft. Die freie Arztwahl, die kostenlose Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf dem Hintergrund einer gesetzlichen Versicherung sind Besonderheiten des bundesdeutschen Gesundheitssystems, deren Zweckmäßigkeit zwar derzeit diskutiert wird, die aber nach wie vor den allgemeinen Hintergrund der ambulanten Versorgung ausmachen.

Inwieweit diese Sachverhalte das AP-Verhältnis beeinflussen können, soll in unserer Untersuchung anhand der jeweiligen Prozesse problematisiert werden. Dabei soll beispielsweise untersucht werden, ob sich die Versicherungsart des Patienten auf das Interaktionsgeschehen auswirkt.

Von Ferber (1975) unterscheidet drei soziologisch relevante Bedingungskomplexe, die das Patientenverhalten bestimmen:

Beim Auftreten von Krankheiten handeln die Patienten nicht gleich, sondern entsprechend den unterschiedlichen gesellschaftlichen Voraussetzungen, z.B. durch die Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von medizinischen Leistungen, oder die Befolgung oder Nichtbefolgung ärztlicher Ratschläge etc..

Hinter Gewohnheiten, die am Krankheitsgeschehen beteiligt sind, wie Rauchen, Ernährungsverhalten, Freizeitverhalten, Genußmittelkonsum etc. stehen gesellschaftliche Bedingungen. Deren Beeinflussung trägt entscheidend zum Behandlungserfolg bei.

Die gesellschaftlichen Organisationsformen des Gesundheitssystems bestimmen den medizinisch - wissenschaftlichen Fortschritt und das medizinisch - therapeutische Handeln.

Durch diese Bedingungen wird der Rahmen abgesteckt, innerhalb dessen sich therapeutische Interaktionsformen entwickeln. Diese makrosoziologischen Determinanten sind die gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Strukturierung von Arzt- und Patientenhandeln und für die möglichen Interaktionsformen im Versorgungssektor. Sie sind eine Grundlage für die sozialen Mikroprozesse der AP-Interaktionen, die auf den ersten Blick privaten Charakter zu haben scheinen.

Bereitstellung und Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen, Bereitstellung von medizinischem

Personal durch Ausbildung und Weiterbildung und ein normativer Bezugsrahmen durch die Etablierung von Vorschriften und Regeln der ökonomischen und rechtlichen Organisation des Gesundheitswesens sind die wichtigsten Komponenten dieser Organisationsformen.

Diese soziostrukturellen Bedingungen stecken also die Grenzen ab, innerhalb derer sich medizinisches Handeln abspielen kann. Soziogenetisch lassen sich die Aufgaben des Gesundheitssystems, seine Strukturmerkmale, Bedingtheit und Bedingungen und seine mikrosoziologischen und sozialpsychologischen Auswirkungen und ihre Bedeutung für individuelles Handeln und Verhalten in ihrer historischen Entwicklung aufzeigen. Das Gesundheitssystem geht in unsere Untersuchung als Voraussetzung des Interaktionsgeschehens ein und kann nicht ausführlicher als eigener Gegenstand abgehandelt werden. Es sollen deshalb nur Zusammenhänge abgeleitet werden, wenn Untersuchungsergebnisse eine Ausweitung des Interpretationsrahmens auf makrosoziale Bedingungen erfordern.

Auf das Verhältnis zwischen Gesundheitssystem und Patient als ein Verhältnis zwischen Anbieter von Leistungen und Konsument besonderer Art weist Scheuch (1982) hin. Die Eigentümlichkeit des Konsumentenstatus des Patienten liegt darin, daß er an den Anforderungen des Gesundheitssystems gemessen wird, z.B. indem er Anweisungen verstehen oder befolgen muß oder zu einer gesunden Lebensweise verpflichtet ist. Scheuch kritisiert, daß die Patienten von der Eigenrationalität des Systems her betrachtet werden und die Perspektive des Patienten häufig vernachlässigt wird.

Ein weiteres Phänomen, das auch methodisch relevant ist, liegt darin, daß Krankheit in den meisten Fällen von der Statistik nur dann registriert wird, wenn sie eine Kassenleistung auslöst. Scheuch spricht damit das Problem der Schwelle für die Inanspruchnahme von öffentlichen Gesundheitsleistungen an, wobei das Interesse an dieser

Schwelle je nach Sozialpolitik und ökonomischer Situation eines Gemeinwesen differenziert zum Ausdruck gebracht wird. Während die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Privatpatienten immer den Mechanismen sonstiger privater Dienstleistungen in der Gesellschaft entspricht, also der Anbieter ein Interesse an einer möglichst hohen Nachfrage hat, wird die Inanspruchnahme von gesetzlich versicherten Patienten unter anderen Gesichtspunkten bewertet. Von ärztlicher Seite besteht dasselbe Interesse an einer möglichst großen Nachfrage, die jedoch durch die Summe der Gesamtkassenbeiträge von vorneherein beschränkt ist. Die Ärzte konkurrieren also untereinander sowohl in verschiedenen Tätigkeitssparten als auch innerhalb dieser Bereiche um einen möglichst großen Anteil am 'Kassenkuchen'. Dieses Streben nach höheren Einnahmen durch Ärzte, Pharmazeutische Industrie und allen für den Gesundheitsbereich produzierenden Anbietern führt tendenziell zu einer ständigen Mittelknappheit der Versicherungen.

Auf der Nachfrageseite stehen die Interessen der Versicherten und der Arbeitgeber an niedrigen Ausgaben für den Gesundheitsbereich gegenüber. Aus diesen strukturellen Widersprüchen ergibt sich ein öffentliches Interesse an einer Beschränkung der Ausgaben im Gesundheitsbereich. Konkret bedeutet dies das Interesse an einer Reduzierung von Leistungen im Gesundheitsbereich und eine ständige Suche nach Ansatzpunkten für diesen Zweck. Lösungsvorschläge sind z.B. Selbstbeteiligung der Patienten, Zulassungssperre für Ärzte, Verlagerung von Leistungen der stationären Versorgung in die kostengünstigere ambulante Versorgung oder stärkere Kontrolle der Ärzte.

Diese hier nur angedeutenden Randbedingungen können bei einer Betrachtung der AP-Interaktion nicht außer Betracht gelassen werden, sondern müssen stets als gestaltender Rahmen auch im Mikrobereich der persönlichen Verhältnisse berücksichtigt werden. Eine Ausklammerung der sozialpolitischen Faktoren aus der Betrachtung der AP-Interaktion käme

einer Isolierung von sozialen Phänomen aus ihrem Zusammenhang gleich und müßte zurecht als 'Psychologisierung' von sozial bedingten Prozessen bezeichnet werden.

Waitzkin (1983) sieht einen Zusammenhang zwischen Gesundheitssystem und Gesellschaft darin, daß sich auch im Gesundheitssystem grundlegende Widersprüche der Gesellschaft ausdrücken. Am Beispiel der USA versucht er, Besonderheiten der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in kapitalistischen Ländern aufzuzeigen. Er stellt Zusammenhänge zwischen dem ökonomischen Zweck, Profit zu erzielen, und der Sicherheit der Arbeitsplätze, der Einwirkung von Schadstoffen am Arbeitsplatz und der Rücksicht auf die Gesundheit der Beschäftigten fest und kommt zum Ergebnis, daß Profit und Gesundheit gegensätzliche Ziele sind. Anhand zahlreicher Fallbeispiele weist er die Schichtspezifität der Betroffenheit von gesundheitlichen Problemen und die Schichtspezifität der Behandlungsweise durch die medizinische Profession nach. Er analysiert die Gefahr und Funktion einer Medikalisierung von sozial bedingten Problemen der Patienten und sieht in dieser Medikalisierung ein Mittel der sozialen Kontrolle. Eine Gegenüberstellung der Patientenerwartungen an den Arzt, und der pragmatische Verlauf dieser Erwartungen kann in unserer Untersuchung Aufschluß darüber geben, auf welche Weise die Erwartungen in die Interaktion eingehen und welche praktischen Konsequenzen das Interaktionsgeschehen auf die medizinischen Leistungen und die Zufriedenheit der Patienten hat.

2.3.2 Abstraktion von sozialer Bedingtheit und Reifikation

Die Bedeutung sowohl von gesellschaftlichen Einrichtungen im Gesundheitsbereich als auch von individuellem Verhalten

kann erst durch Ausweitung des Interpretationsrahmens auf die Soziogenese dieser Einrichtungen bzw. auf die individuelle Geschichte von Verhalten verstanden werden. Ein Herauslösen von historisch entwickelten gesellschaftlichen Tatsachen entweder aus dem historischen oder gesellschaftlichen Zusammenhang führt notwendig zur Verdinglichung und Mystifikation der zu untersuchenden Kategorien.

Ein alltägliches und für die Fragestellung dieser Arbeit zentrales Beispiel der Reifikation historisch und sozial bedingter Prozesse bildet das professionelle Krankheitsverständnis des medizinischen Krankheitsmodells. Auf diese Phänomene soll in einem der folgenden Kapitel ausführlicher eingegangen werden. Der Arzt, der dieses kognitive Bezugssystem zur Interpretation von Kranksein benutzt, abstrahiert, indem er nur die organisch - biologische Größen bestimmt und bewertet, von den sozialen und individualhistorischen Bedingungen des Krankseins. Er betrachtet damit eine verdinglichte Form von Krankheit, die nur noch in der Abweichung physiologischen Geschehens vom Ideal eines biologisch funktionstüchtigen Organismus.

Die AP-Interaktion wird also offensichtlich von Bedingungen tangiert, die nicht in ihr selbst ersichtlich sind, jedoch dort wirken, und nur durch eine sozioökonomische Analyse des Gesundheitssystems deutlich werden können. Eine isolierte Betrachtung der AP-Interaktion beinhaltet damit immer die Gefahr, das Geschehen in der Arztpraxis auf die psychologische Dimension zu reduzieren.

Die psychologischen Prozesse dürfen also nicht als Ursachen des Interaktionsgeschehens gesehen werden, sondern sind selbst wiederum als Prozeßkomponenten soziostrukturell bedingt und damit Auswirkungen von makrosozialen Prozessen.

2.4 EMPIRISCHE ERFASSUNG VON GESUNDHEIT

Eine empirische Bestandsaufnahme von Prozessen innerhalb eines Gesundheitssystem muß über eindeutige Begriffe der Elemente dieser Prozesse und über Methoden der Ermittlung dieser Größen verfügen. Der Gebrauch des Wortes Gesundheit umfaßt zahlreiche verschiedene Begriffe von Gesundheit. Zunächst muß nach dem Subjekt der Gesundheit unterschieden werden. Dies kann ein Subjekt oder eine Population sein. Weiter muß die Methode der Bestimmung von Gesundheit definiert werden.

Als Indikator von Gesundheit wird häufig die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, also beispielsweise die Anzahl der Konsultationen von Hausärzten benutzt. Von Ferber (1975) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen tatsächlicher und potentieller Inanspruchnahme und der Inanspruchnahme von 'nichtmedizinischen Leistungen' wie Krankschreibungen oder die Laienmedizin. Bei der Erfassung von Inanspruchnahmeparametern, die über die Erfassung von Routineabrechnungsdaten der Kassen hinausgehen, also den Stand der potentiellen Inanspruchnahme betreffen, müssen Daten über die Volksgesundheit erst jeweils erhoben werden.

Es können also Daten, die routinehaft bei Institutionen des Gesundheitssystems anfallen, oder Daten, die erst durch empirische sozialwissenschaftliche Forschung erhoben werden müssen, unterschieden werden. Diese beiden Datenarten werden gewöhnlich als Routinedaten und Befragungsdaten bezeichnet.

Zu psychologischen Prozessen in der AP-Interaktion liegen keine Routinedaten vor, sodaß sämtliche Informationen über diesen Forschungsbereich jeweils neu im sozialen Feld erhoben werden müssen.

Der Gesundheitszustand von Individuen wird anhand von ärztlichen Diagnosen nur unter medizinisch - klassifikatorischen Aspekten erfaßt und hat eine spezifisches Krankheits- und Klassifikationsmodell zur Grundlage, das die Subjektivität des Patienten nur oberflächlich beschreiben kann. Aus diesem Grund erscheinen Erhebungen auf individueller Ebene unerlässlich. Durch Aggregation individueller Gesundheitsdaten werden hieraus Aussagen über den Gesundheitsstatus einer Population gewonnen. Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, daß ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung sehr häufig Beschwerden erlebt, die als Krankheit interpretiert werden, ohne öffentliche Gesundheitseinrichtungen in Anspruch zu nehmen. V.Ferber zitiert eine Untersuchung von White, Williams und Greenberg, die folgende Schätzwerte für die Vereinigten Staaten und England abgibt: Von 1000 erwachsenen Personen klagen 750 im Monat über ein oder mehrere Krankheitssymptome. Davon konsultieren 250 ihren Arzt und 9 Patienten begeben sich in stationäre Behandlung.

Zum Medikamentenkonsum in den USA berichten Skelton und Pennebaker (1982), daß nach Erhebungen des 'National Center for Health Statistics' 23 Prozent der Amerikaner angaben, mindestens einmal im Lauf der letzten Woche Aspirin eingenommen zu haben. Weitere 25 Prozent gaben an, es zumindest gelegentlich einzunehmen. Wegen Krankheitssymptomen schränken die Amerikaner ihre Aktivitäten im Durchschnitt an 9,7 Tagen im Jahr ein. Der Arzt wird im Durchschnitt 2,7 mal pro Jahr besucht. Bei einer Befragung zur Prävalenz von zwölf häufigen Symptomen, wie z.B. Herzklopfen, Kopfschmerzen oder Schwindelgefühle gaben 78 Prozent der Amerikaner an, von mindestens einem Symptom betroffen gewesen zu sein. Fast 80 Prozent der Collegestudenten gaben anhand einer 12-Symptom - Checkliste an, mindestens ein Symptom im Laufe des letzten akademischen Jahres gehabt zu haben. Auf einer Liste mit 55 Symptomen gaben sie im Durchschnitt sogar ca. 17 verschiedene Symptome für den Zeitraum eines Monats an.

Eine Repräsentativbefragung im Raum München aus dem Jahr 1981 (Potthoff 1982) ergab eine auffallende hohe Prävalenz psychosomatischer Symptome. Bei Anwendung der Beschwerdenliste aus dem 'Münchener psychiatrischen Informationssystem' gaben nur etwa 20% der Befragten an, unter keinen aktuellen Symptomen zu leiden. Die Hälfte der Befragten gaben zwischen einem und sieben Symptomen an, ein Drittel der Befragten gab an an mehr als sieben Symptomen zu leiden. Da die Ziffern für die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung erheblich niedriger sind, ist anzunehmen, daß der Weg zum Arzt, insbesondere bei psychosomatischen Beschwerden, keineswegs den Normalfall darstellt. Das Problem des Anteils der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen stellt sich jedoch nicht nur für den sehr schwer abzugrenzenden Bereich emotionaler Störungen, sondern auch für den Bereich der eindeutig somatisch bedingten und sich somatisch äuernden Krankheiten. Die Konsultation des Arztes stellt auch hier nur eine von mehreren Entscheidungsmöglichkeiten dar.

Diese Untersuchungen können stellvertretend für viele gleichartige Arbeiten Beispiele abgeben, wie der Gesundheitszustand bzw. das Krankheitsverhalten der Bevölkerung empirisch ermittelt wird. Dabei wurde jeweils ein Gesundheitsbegriff zugrundegelegt, der Gesundheit indirekt über die Befragung von Individuen zu ihren erlebten Beschwerden und ihrem Krankheitsverhalten erschließt.

2.4.1 Gesundheitsbegriffe als Konstrukte der empirischen Forschung

Informationen über Gesundheitszustände werden also entweder anhand von abgerechneten 'Gesundheitsleistungen' ermittelt, also durch aggregiertes Datenmaterial von Institutionen des Gesundheitssystems gewonnen oder durch die

Befragung von Individuen zur Beschreibung des Gesundheitszustands von Individuen oder Populationen.

Um die Methode der Informationsgewinnung von Daten individueller Gesundheit zu entwickeln, müssen deshalb zunächst die zugrundegelegten Konzeptionen von Gesundheit als individueller Kategorie reflektiert werden. Diese zugrundegelegten Gesundheitsbegriffe sind maßgebend für das Zustandekommen und die Interpretation der Forschungsergebnisse, welche wiederum gesundheitspolitische Entscheidungen beeinflussen können.

Neben dem Gesundheitsbegriff der empirischen Forschung existieren Gesundheitsbegriffe in der AP-Interaktion. Man kann davon ausgehen daß die Interaktionspartner über spezifische Interpretationsmuster von Gesundheit und Krankheit verfügen, die für die Prozesse der AP-Interaktion sowohl strukturell als auch inhaltlich bedeutsam sind.

Bisher wurden die Begriffe Gesundheit und Krankheit nicht differenziert betrachtet, sondern als gegensätzliche Kategorien mit demselben Inhalt betrachtet. Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, ob unterscheidbare Bedeutungen dieser Begriffe zu unterscheiden sind.

3.0 KONZEPTE VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

3.1.1 Die Funktion von Definitionen

Es ist allgemein üblich, die Begriffe der wissenschaftlichen Diskussion durch Definitionen zu präzisieren, um Einigkeit über den eigentlichen Gegenstand der Auseinandersetzung herzustellen. Nun ist der Begriff der Gesundheit und Krankheit Allgemeingut im alltäglichen Sprachgebrauch, so daß sich die Frage stellt, ob es notwendig und sinnvoll ist, Begriffe zu definieren, deren Bedeutung von vorneherein bekannt ist. Diese Frage ist einerseits berechtigt, andererseits ist sie naiv.

Berechtigt ist sie deshalb, da von einer Definition von Gesundheit im täglichen Leben wenig Gewinn zu erwarten ist, da niemand das Problem hat, nicht zu wissen, was Gesundheit ist, und aus dem Begriff der Gesundheit normalerweise keine Verständigungsschwierigkeiten erwachsen.

Andererseits wurden von sozialpsychologischer Seite medizinisch - professionelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit als restringierter Gesundheitsbegriff oder als technologisches Krankheitsmodell kritisiert und hierauf aufbauend für Bereiche der therapeutischen Interventionen die Kompetenz der medizinischen Professionen in Frage gestellt.

Für wissenschaftliche Fragestellungen scheint also eine Reflexion der Bedeutung von Definitionen der verwendeten Begriffssysteme, insbesondere vom kognitiv-psychologischen Standpunkt aus, unumgänglich zu sein, da die Verschiedenheit von Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit den praktischen Umgang damit offensichtlich maßgebend beeinflußt. Weiter erscheint eine Reflexion des Zusammenhangs von alltäglichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit und wis-

senschaftlichen Definitionen sinnvoll, um zu klären, worin die Unterschiede liegen und welche Bedeutung die Konzepte für die Handlungen der jeweiligen Konzeptträger einnehmen.

3.1.2 Alltags- und Expertenkonzepte

Der Unterscheidung alltäglich - wissenschaftlich entspricht in der AP-Interaktion die Unterscheidung laienhaft - professionell, die für die Prozesse der Interaktion als bedeutsam angenommen werden muß. Arzt und Patient verfügen über verschiedene Interpretationsmuster von Gesundheit und Krankheit, die in der AP-Interaktion aufeinandertreffen, und sich gegenseitig mehr oder weniger stark modifizieren.

Es ist daher notwendig, die verschiedenen Verwendungen der Begriffe von Gesundheit und Krankheit zu differenzieren.

Wenn von Gesundheit oder Krankheit die Rede ist, so können diese Begriffe je nach dem Zusammenhang, in dem sie gebraucht werden, und je nach der Person die sie benutzt, völlig verschiedene oder konträre Bedeutungen annehmen. Zur Klärung der mit der AP-Interaktion eng verknüpften Begrifflichkeit von Gesundheit und Krankheit soll deshalb versucht werden, die Bedeutungsdimensionen dieser Kategorien aufzuzeigen, zu klassifizieren, ihre Funktionen und Bedingungen, und die soziale Relevanz für Patient, Arzt und AP-Interaktion zu untersuchen.

3.2 DAS ALLTAGSVERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT

Die Patientensichtweise soll in diesem Zusammenhang als Alltagsverständnis von Gesundheit oder Krankheit betrachtet

werden. Die im umgangssprachlichen Gebrauch am häufigsten anzutreffende Bedeutung liegt darin, die Gesundheit als Attribut der eigenen Person bzw. als individuelle Eigenschaft aufzufassen.

3.2.1 Gesundheit als Eigenschaft

"Mit meiner Gesundheit steht es nicht gut" oder ähnliche Aussagen kennzeichnen die Verwendung des Begriffs Gesundheit als qualitative Eigenschaft des Individuums, über die es auf eine bestimmte Art und in einer bestimmten Quantität verfügt.

Die Aussage "Ich bin sehr gesund" drückt die Quantifizierung der Eigenschaft Gesundheit treffend aus. Gesundheit wird also als eine bestimmte Intensität des Gesundseins verstanden.

Der umgangssprachliche Begriff der Gesundheit umfaßt also sowohl Gesundheit als Existenzform ("Ich bin gesund") als auch als Eigenschaft ("Meine Gesundheit"), die jeder Mensch auf irgendeine Weise aufweist.

Ausgangspunkt der Bestimmung des eigenen Gesundheitszustands ist dabei jeweils eine Vorstellung von Gesundsein an sich, an der in der Beurteilung des individuellen Gesundheitszustands die eigene Situation gemessen wird.

Die Betrachtung der Gesundheit als Eigenschaft oder als Existenzform setzt somit ein normatives Bezugssystem voraus, innerhalb dessen die eigene Gesundheit bewertet wird. Der erlebte Gesundheitszustand wird dabei an die Stelle eines fiktiven Bewertungskontinuums mit bestimmten Polaritäten (z.B. sehr gesund - gar nicht gesund) gesetzt und kann als Ergebnis eines subjektiven Meßvorgangs betrachtet werden.

Das zugrundegelegte Bezugssystem beinhaltet bereits eine Normvorstellung von Gesundheit. Die erste einfache alltägliche Verwendung des Gesundheitsbegriffs beinhaltet also:

Gesundheit als Eigenschaft

Gesundheit als Normvorstellung

Der Begriff der Gesundheit als Eigenschaft wird auch mit der genaueren Bezeichnung 'Gesundheitszustand' verwendet. Eine fast synonyme Bezeichnung, die jedoch mehr die Erlebensaspekte der Person betont, ist Befindlichkeit.

Auf diese Form des Gesundheitsbegriffs soll in der empirischen Ermittlung von subjektiver Gesundheit Bezug genommen werden, da sie die Möglichkeit eines intersubjektiven Vergleich einschließt, wenn man von einer relativen Konstanz des Bezugssystems ausgeht. Dieses Bezugssystem ist die Normalitätsvorstellung von Gesundheit, über die jedes Individuum auf eine bestimmte Weise verfügt. Tritt eine Änderung in der Bewertung des eigenen Gesundheitszustands ein, so wird entweder innerhalb des konstanten Bezugssystems der Gesundheitszustand neu eingeordnet, oder das Bezugssystem hat sich verändert. Die physiologische Grundlage der Bewertung, also der eigentliche Gegenstand der Bewertung unterliegt ebenfalls Veränderungen, so daß auch diese Variabilität berücksichtigt werden muß. Auf dieses Problem der Änderung der Befindlichkeitsbewertung aufgrund physiologischer Veränderungen im Laufe einer Arztkonsultation wird noch näher eingegangen werden.

Mit dem Begriff der Gesundheit als Eigenschaft oder als Norm ist jedoch noch nichts verbindliches über den Inhalt oder Eigenschaften von Gesundheit ausgesagt.

3.2.2 Inhaltliche Bedeutung von Gesundheit

Inhaltliche Konzeptionen von körperlicher Gesundheit (health and physical fitness) wurden in den USA von Baumann (1961) an zwei unterschiedlichen Befragungsgruppen erhoben. 201 Patienten mit mindestens einer chronischen Erkrankung und 262 Medizinstudenten am Anfang ihrer Ausbildung wurde die offene Frage vorgelegt, was wohl die meisten Leute darunter verstehen, wenn sie sagen, in sehr guter körperlicher Verfassung zu sein. Durch die Umschreibung, was 'most people' darunter verstehen, wurde erhofft die Konzeption des Befragten von Gesundheit zu erfahren.

Die Antworten wurden einer Inhaltsanalyse unterzogen und daraufhin drei Antworttypen unterschieden. Der erste Typ bezog sich auf ein allgemeines Gefühl des Wohlseins, der zweite Typ identifiziert Gesundheit dadurch die Abwesenheit bestimmter Krankheitssymptome und der dritte Typ bestand in Umschreibungen von Krankheit dadurch, daß Tätigkeiten, zu denen man durch Gesundheit befähigt ist, aufgezählt wurden.

Die Autorin kommt zu dem Ergebnis daß der Typ von Antworten mit Alter, Geschlecht, Ausbildung und Gruppenzugehörigkeit zusammenhängt. Es zeigte sich, daß die 'professionellen' Medizinstudenten eher symptomorientierte Gesundheitskonzeptionen angeben und die Patienten als Laien eher Befindlichkeiten als Gesundheit definierten. Mischformen der drei Typen kamen jedoch bei beiden Gruppen vor. Dieses Ergebnis weist bereits auf den Einfluß einer professionsspezifischen Sozialisation bei Medizinern hin.

Die Antworttypologie als Ergebnis dieser Untersuchung beinhaltet drei auch in theoretischen Arbeiten häufig anzutreffende Konzeptionen von Gesundheit:

Gesundheit als subjektive Befindlichkeit

Gesundheit negativ als Abwesenheit von bestimmten pathologischen Symptomen definiert

Gesundheit als Fähigkeit und Voraussetzung, bestimmte Tätigkeiten auszuüben (physical fitness).

Wie später gezeigt werden wird, spielen diese empirisch ermittelten Kategorien von Gesundheit auch in der sozialwissenschaftlichen Definition der Gesundheit eine entscheidende Rolle.

Gesundheit wird also inhaltlich im Alltagsverständnis auf eine vielfältige Weise verstanden. Gemeinsam ist jedoch allen Alltagskonzeptionen von Gesundheit, daß sie über stellvertretende Konstrukte zu einer Beschreibung der Gesundheit gelangen. Dies ist deshalb plausibel, da Gesundheit als abstrakter theoretischer Begriff zur Beschreibung empirisch konkretisiert werden muß.

Der Begriff der Gesundheit als Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten auszuführen (Gesundheit ist, wenn) drückt aus, daß Gesundheit als Bedingung für eine Tätigkeit, die selber nichts mit Gesundheit zu tun hat, gesehen wird, z.B. für bestimmte dem individuellen Geschmack unterliegende Tätigkeiten. Dies verweist auf die Aneignungsbedingungen des Gesundheitskonzept in der alltäglichen Lebenswelt der Patienten.

Gesundheit wird weiter als negative Bedingung positiv umschrieben, d.h. Gesundheit liegt dann nicht vor, wenn bestimmte Phänomene auftreten, die allgemein als krank gelten. Diese Umschreibung der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit nach der Logik: 'Ich bin gesund, wenn ich nicht krank bin' verlagert die Problematik nur in den hier gegen teiligen Begriff, ist also tautologisch. Im dritten Fall wird Gesundheit als Wohlbefinden, gutes Gefühl etc. ausgedrückt, also mit einem anderen Konstrukt identifiziert, das ebenfalls erst erklärt werden müßte. Der Begriff der

Gesundheit wird hier also hier ebenfalls nur durch andere Begriffe ersetzt, was höchstens darauf hinweist, daß verschiedene Wertvorstellungen von Gesundheit existieren.

Der hier behandelte Gesundheitsbegriff beinhaltet also sowohl Normalitätsvorstellungen von Gesundheit als auch die empirisch - pragmatische Betrachtung der Gesundheit als Eigenschaft oder Fähigkeit. Die konkrete Form der Gesundheit ist für jedes Individuum das, was es an Tätigkeiten ausübt, wenn es 'gesund' ist.

3.2.3 Dualität des alltäglichen Gesundheitsbegriffs

Bisher lassen sich zwei Bedeutungen von Gesundheit unterscheiden: Gesundheit als Bestandteil der Subjektivität eines bestimmten Individuums und Gesundheit als Norm, die als Wertvorstellung unabhängig vom eigenen Zustand gedacht wird. Eine wesentliche Unterscheidung des Begriffs der Gesundheit liegt also in:

Gesundheit als empirische Zustandsbeschreibung

Gesundheit als Wertvorstellung (Norm).

Damit ist auf eine erste Dualität des Gesundheitsbegriffs hingewiesen, die sich praktisch so darstellt, daß man den Gesundheitszustand einer Person anhand von bestimmten Kriterien betrachten kann oder über Gesundheit als Wert im allgemeinen sprechen kann und den individuellen Zustand dann auf Grundlage dieser Norm beurteilt.

Für eine isolierte Beschreibung des Gesundheitszustand einer Person spielt jedoch die Wertvorstellung von Gesundheit keine Rolle, da die Informationen über die Gesundheit eines Individuums durch eine Beschreibung seiner Lebensumstände,

seiner Aktivitäten, Behinderungen und Leiden vermittelt werden. Aus der Beschreibung, womit sich ein Individuum beschäftigt, was es erlebt und auf welche Weise die Umwelt reagiert, wird eine Vorstellung von der 'Gesundheit' des Individuums abgeleitet, indem die Beschreibung mit eigenen Erlebnissen und Überlegungen konfrontiert wird und durch mehr empathische als rationale Prozesse durch Hineinversetzen in die fremde Individualität auf deren 'Gesundheit' geschlossen wird.

Tritt nun Unsicherheit in der Beurteilung von subjektiven Merkmalen auf, wenn bestimmte Phänomene im eigenen Erlebnis- oder Erfahrungsbereich nicht vorliegen, kann sich die Frage stellen: 'Ist diese Person eigentlich krank oder gesund?'. Eine im Alltagsleben geläufige Praxis besteht darin, bei Unsicherheit über diese Frage die Beurteilung einem Arzt zu überlassen. Alternativ hierzu bietet die bereits erwähnte normative Konstruktion von Gesundheit die Möglichkeit, den konkreten Fall mit dem ideellen Konstrukt von Gesundheit zu konfrontieren und aus dem Vergleich der empirischen Phänomene mit den Wertvorstellungen von Gesundheit zu einer Bewertung des Gesundheitszustandes zu gelangen.

3.2.4 Gesundheit als kognitives Konzept und als Normalität

Es erscheint deshalb sinnvoll, die Bedeutung und Implikationen der Wertvorstellungen von Gesundheit einer kurzen Betrachtung zu unterziehen.

Die Kategorie der Gesundheit besitzt im Alltagsleben den Charakter der Selbstverständlichkeit und der Normalität, die Krankheit ist die unerwünschte Ausnahme. Diese Selbstverständlichkeit ist nun nicht inhaltsleer, sondern umfaßt die alltäglichen Aktivitäten des Berufslebens, des Familienlebens und der Freizeit mit ihren jeweiligen indi-

viduell verschiedenen Ausformungen. Jeder Mensch bewältigt die Anforderungen des Alltags auf eine Weise, die für seine Persönlichkeit und seine Rolle in der Gesellschaft spezifisch ist.

Diese Aktivitäten bilden den Ausgangspunkt von individuellen Idealvorstellungen von Gesundheit. Den selbstverständlichen alltäglichen Aktivitäten entspricht im kognitiven Bereich eine Konzeption von Gesundheit, in der Gesundheit als abstrakte Befähigung zu diesen Aktivitäten gefaßt ist. Gleichzeitig gehen in diese Konzeption Wertvorstellungen über eine allgemein anzustrebende Lebensweise ein, die auf einer Reflexion von Krankheitserfahrungen als Selbst- oder Fremderleben beruhen. Anhand der Kausalattribution von Krankheiten wird auf Gesundheit im allgemeinen geschlossen. Beispielsweise kann die Information 'Herz- und Kreislauferkrankungen hängen mit fehlender Bewegung zusammen' verallgemeinert werden zu 'Krankheit kommt von fehlender Bewegung'. Diese Verallgemeinerung führt umgekehrt zu der Vorstellung, Gesundheit bedeute 'Bewegung'. Die Willkürlichkeit dieser Vorstellung wird deutlich wenn man sich den umgekehrten Fall denkt. Genausogut könnte auch 'Ruhe' für Gesundheit stehen, wenn aus der Erfahrung von Erkrankung durch eine Überlastung durch Bewegung darauf geschlossen würde, Krankheit hänge mit zuviel Bewegung zusammen und Gesundheit deshalb mit Ruhe identifiziert würde. In ihren Wertvorstellungen wird Gesundheit also mit Fähigkeiten zu bestimmten Tätigkeiten identifiziert, die dem jeweiligen Lebenszusammenhang entnommen sind.

Auf eine ähnliche Weise werden Vorstellungen von Ursachen von Krankheiten oder von adäquater Behandlung angeeignet, die sich in der Interaktion mit dem Arzt als Erwartungen an bestimmte medizinische Leistungen äußern.

Diese Beispiele sollen verdeutlichen, wie individuelle Interpretationen von Erfahrungen und Informationen zu abstrakten kognitiven Konzeptionen von Gesundheit verarbei-

tet werden. Der Unterschied zwischen den empiristisch - deskriptiven Begriff von Gesundheit und dem normativen Begriff liegt darin, daß in einem Fall Gesundheit durch Nachvollzug von eigenen Erfahrungen interpretiert wird, im zweiten Fall Ergebnis einer globaleren Kausalverknüpfung erlebter Probleme ist.

Das erste Verständnis von Gesundheit hat seine empirisch - individuelle Grundlage in einem nicht weiter reflektierten Vergleich der empfundenen aktuellen Befindlichkeit mit der ansonsten erlebten Befindlichkeit. Die zweite Form des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit beruht auf einer Konzeption von 'Normalität', in die zahlreiche individuelle Wertvorstellungen eingehen und die einerseits durch die soziale Rolle des Individuums und andererseits durch seine Persönlichkeit bedingt ist. Man kann also die bereits erfolgte Unterscheidung nach Zustandsbeschreibung und Wertvorstellung unter diesen Aspekten nach zwei weiteren Momenten des alltäglichen Gesundheitsbegriffs unterscheiden:

Gesundheit als Erlebnisqualität

Gesundheit als Normalität

Was als normal gilt, ist von Gesellschaft zu Gesellschaft verschieden, variiert gruppenspezifisch in der Gesellschaft und ist auch innerhalb von Gruppen individuumsspezifisch.

Insgesamt können alltägliche Gesundheitskonzeption als erfahrungsbezogen bezeichnet werden. Sie weisen aber bereits Momente von vergleichenden und bewertenden Reflexionen durch individuelle Konzeptionen von Normalität auf.

Das Bezugssystem zur Bewertung der Gesamtbefindlichkeit eines Individuums läßt sich also als Zusammenhang von normativen und positiv oder negativ deskriptiven Elementen verstehen, die einerseits sozialnormativ bedingt sind,

andererseits dem alltäglichen Lebenszusammenhang entstammen. Entsprechend beruht das alltägliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit einerseits in der Abweichung von der alltäglichen Lebensroutine, andererseits in der Abweichung der erlebten Befindlichkeit von einer individuellen Normvorstellung von Gesundheit.

Gleichzeitig hat das Laienwissen über Entstehungsformen, Diagnose, Therapie und Heilungschancen von Krankheitsbildern die Funktion der kognitiven Integration des Gesundheitserlebens und bildet die kognitive Basis des sogenannten Krankheitsverhaltens, das die Entscheidung des Aufsuchens von Hilfeleistungen und das Erwartungsverhalten in der ärztlichen Praxis beinhaltet.

3.3 WISSENSCHAFTLICHES VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Bereits die umgangssprachliche Verwendung der Begriffe Gesundheit und Krankheit deutet die Schwierigkeiten im Umgang mit diesen einerseits abstrakt als Werten und Normvorstellungen andererseits als deskriptiven Begriffen verwendeten Kategorien hin.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um diese Begriffe spielen zahlreiche Unterscheidungen eine Rolle, die hier in Form von Begriffsabgrenzungen aufgeführt werden sollen. Es wird sich zeigen, daß Gesundheit und Krankheit jeweils analoge Begriffspolaritäten aufweisen, was bedeutet, das zu einem spezifischen Verständnis von Gesundheit ein ebensolches von Krankheit gehört.

3.3.1 Disease, Illness und Sickness: Drei Konzepte von 'Krankheit'

In der englischen und amerikanischen Sprache existieren für den deutschen Begriff Krankheit drei Übersetzungen. Diese drei Übersetzungen geben auch drei verschiedene Bedeutungen von 'Krankheit' wieder, weshalb sich ihre Besprechung zur Differenzierung von Definitionen von Krankheit sehr gut eignet. Im Deutschen kann der Begriff 'Krankheit' im wissenschaftlichen Sprachgebrauch zu zahlreichen Mißverständnissen Anlaß geben.

Ahmed et al. (1979b, S.9 f.) geben eine kurze Zusammenfassung der Begriffstriade.

DISEASE bedeutet organische Disfunktionalität und bezieht sich auf mit naturwissenschaftlichen Messungen erfaßbare Veränderungen des menschlichen Körpers. Im wesentlichen ist damit Krankheit als Gegenstand der Medizin gemeint und dieses Verständnis von Krankheit entspricht auch dem sogenannten 'medizinischen Krankheitsmodell' (vgl.King 1981). Es impliziert die Vorstellung von Krankheiten als Abweichung von Normwerten, was erhebliche Relevanz für die Anwendung dieses Krankheitsmodells im Verhaltensbereich aufweist (vgl. Veatch 1981).

ILLNESS bezieht sich auf die subjektive Seite von Krankheit, also auf das Erleben unabhängig von den biologischen Prozessen. Die Gefühle beinhalten Schmerz, Angst und alle sonstigen Erlebnisformen des Unwohlseins. 'Disease' muß nicht notwendig Voraussetzung von 'Illness' sein, was bedeutet, daß das subjektive Leiden von einem objektivierbaren Krankheitsbild unabhängig ist.

SICKNESS bezieht sich auf das soziale Etikett Krankheit, bezeichnet also Phänomene, die in einer bestimmten Gesellschaft als Krankheit definiert werden (vgl. Fabrega 1979, 1981). Während Illness eher den individualpsychologischen Aspekt und Disease den physiologischen Aspekt betonen, ist Sickness die sozialevaluative Komponente von Krankheit (vgl. auch Boorse 1981).

Der Begriff der 'Disease' ist dabei vor allem von medizinischer Relevanz, 'Illness' von psychologischer und 'Sickness' von soziologischer Relevanz.

Von praktischer Bedeutung ist diese Unterscheidung für die Fragestellungen dieser Arbeit, da im 'globalen' deutschsprachigen Begriff der Krankheit alle drei Komponenten impliziert sind, jedoch je nach Verwendung mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung.

Disease entspricht im wesentlichen dem Krankheitsbegriff des medizinischen krankheitsmodells, Illness entspricht eher der umgangssprachlichen Bedeutung von Krankheit im Sinne von Kranksein und Sickness beinhaltet die in beiden anderen Bedeutungen bereits tendenziell enthaltene sozialevaluative Komponente von Krankheit.

Obwohl jedes Verständnis von Krankheit also alle drei Komponenten enthalten kann, kann für die AP-Interaktion davon ausgegangen werden, daß der Patient eher den Krankheitsbegriff der 'Illness' als kognitiven Bezugsrahmen in die Interaktion mitbringt und der Arzt hauptsächlich über das medizinisch - technologische Bezugssystem der 'Disease' mit der Diagnosenklassifikation als Bezugssystem verfügt.

Von daher ergibt sich ein Problemfeld in der Objektivierung von Krankheit in der AP-Interaktion: Aufgrund der verschiedenen Bezugssysteme können äußerlich identische Kategorien für Arzt und Patient verschiedene Bedeutungen aufweisen.

Die Beurteilungen und Interpretationen von Erkrankungszuständen haben ebenfalls diese Bezugssysteme zur Grundlage.

Wegen seiner Bedeutung für die alltägliche ärztliche Praxis soll das medizinische Krankheitsmodell als Beispiel eines normativen Bezugssystems ausführlicher dargestellt werden.

3.3.2 Das medizinische Krankheitsmodell

Im Anschluß an die von Thomas Kuhn (1967) aufgeworfene Diskussion über die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen trat der Begriff des Paradigmas und des Paradigmawechsels in das Blickfeld der sozialwissenschaftlichen Diskussion. Kuhn geht davon aus, daß die Wissenschaft nicht, wie es vom kritischen Rationalismus behauptet wird, sich in kontinuierlichen Fortschritten auf ein Ziel hinbewegt und durch immer größere Allgemeinheit immer mehr Erklärungswert erhält, sondern daß die Entwicklung der Wissenschaft in Sprüngen abläuft, die er als wissenschaftliche Revolutionen bezeichnet.

3.3.3 Der Begriff des Paradigmas

Zu verschiedenen Zeiten werden verschiedene Paradigmata als verbindlich anerkannt. Der Begriff des Paradigmas umfaßt in diesem Zusammenhang die grundlegenden Werthaltungen der Wissenschaftler, ihre moralischen Überzeugungen, die gängigen Fragestellungen und Theorien, die Erkenntnisinteressen und die Methoden der Erkenntnisgewinnung. Solange ein Paradigma als gültig anerkannt ist, besteht zwischen den Wissenschaftlern Einigkeit über die Regeln der Kommunikation und des

Umgangs mit dem Forschungsgegenstand. Durch gesellschafts-politische Veränderungen werden diese Paradigmen erschüttert und eine Paradigmenkrise tritt ein, die häufig einen Paradigmenwechsel, eine sogenannte wissenschaftliche Revolution nach sich zieht. Durch das neue Paradigma werden das Begriffssystem und die Logik des traditionellen Paradigmas transzendiert und die Vertreter von nunmehr unterschiedlichen Paradigmen, also unterschiedlichen kognitiven Bezugssystemen sind einer Reihe von Verständigungsproblemen ausgesetzt, die Basler (1978a,b) folgendermaßen zusammenfaßt:

Die Anhänger unterschiedlicher Paradigmata können keine Einigung über die Reihenfolge der anzugehenden Probleme erzielen.

Die Definitionen von Wissenschaft und die Normen, an denen sich Wissenschaft orientiert, sind unterschiedlicher Art.

Es wird ein begrifflich unterschiedliches Netzwerk entwickelt, das die Kommunikation stark erschwert.

Da Vorstellungen über die Gesundheit des Menschen sowohl einen naturwissenschaftlichen als auch einen sozialwissenschaftlichen Hintergrund haben, wird das Krankheitsparadigma, das auch unter der Bezeichnung Krankheitsmodell geläufig ist, von Umwälzungen in beiden Wissenschaftsbereichen gleichermaßen betroffen. Dies mag ein Motiv für die Intensität von Auseinandersetzungen im Bereich der Gesundheitspolitik sein und auch ein Grund für die hohe Zahl von konkurrierenden Bezugssystemen unter den professionellen Heilern und das starke öffentliche Interesse für diese Fragen.

3.3.4 Krankheitsmodell und Krankheitskonzept

Da also jedes Krankheitsmodell das Ergebnis von Auseinandersetzungen von verschiedenen konkurrierenden Modellen ist und zudem individuumsspezifisch variiert und interpretiert wird, könnte man davon ausgehen, daß es ebenso viele Krankheitsmodelle gibt, wie Individuen, die sich über Krankheit im allgemeinen Gedanken machen. Der Begriff des Krankheitsmodells wäre damit konkretistisch gefaßt als einerseits jede einzelne Vorstellung von Krankheit und andererseits so allgemein, daß das Krankheitsmodell eben nichts anderes ist, als die Summe aller individuellen kognitiven Bezugssysteme mit dem Inhalt Krankheit und den damit zusammenhängenden Fragen.

Für unsere Zwecke erscheint es notwendig, zunächst die Differenz zwischen sozialem Krankheitsmodell als interindividuellem Erklärungsmuster und der Krankheitskonzeption als individuellem Interpretationsmuster zu unterscheiden. Das medizinische Krankheitsmodell entspricht einem verallgemeinerbaren Interpretationsmuster der medizinischen Profession, während Laienkonzepte nicht auf einheitlich strukturierten Grundannahmen über Krankheit oder Gesundheit beruhen.

3.3.5 Das professionelle medizinische Krankheitsmodell

Die inhaltliche Bestimmung des traditionellen Krankheitsmodells wurde vorwiegend nicht durch die Vertreter dieses Paradigmas, also durch Ärzte geleistet, sondern durch sich hauptsächlich aus sozialwissenschaftlichen Disziplinen rekrutierenden Kritikern der traditionellen Vorgehensweisen bei der Identifikation, Attribuierung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Vor allem in der Auseinandersetzung

zwischen den Vertretern der konventionellen Behandlungsmethoden bei psychischen Erkrankungen - den Psychiatern -, und den Vertretern einer sozialen oder umweltbetonenden Sichtweise der Entstehung von Krankheiten auf sozialpsychologischer, soziologischer oder psychologischer Seite entwickelten sich zahlreiche Versuche, das Konzept der traditionellen Medizin als medizinisches Krankheitsmodell einzugrenzen und zu definieren. Einen dieser Versuche unternimmt Picard (1977), indem er die paradigmatischen Züge des medizinischen Krankheitsmodells in sieben Punkten beschreibt. Die Psychiatrie orientiert sich demnach an folgenden Voraussetzungen:

Die natürliche Selbstregulation des Körpers funktioniert mangelhaft.

Krankheit und Gesundheit unterscheiden sich qualitativ, ohne auf einem Kontinuum zu liegen.

Die Krankheit hat bestimmte Ursachen und muß gesetzmäßig ablaufen.

Die Krankheiten werden ohne Einbeziehung des sozialen Kontexts klassifiziert.

Nur die medizinische Therapiepraxis (Elektroschocks, Psychopharmaka, Hospitalisierung) ist für die Behandlung kompetent.

Die beobachtbaren Symptome bezeichnen zugrundeliegende Prozesse.

Der Patient ist für sein Verhalten nicht verantwortlich.

Basler (1978a) versucht ein nicht nur für die Psychiatrie gültiges allgemeineres medizinisches Krankheitsmodell durch mehrere Thesen zu beschreiben, die hier schlagwortartig wiedergegeben werden sollen:

Eine Krankheit gilt als dann identifiziert, wenn das pathologische Substrat auffindig gemacht wurde.

Die sichtbaren Zeichen einer Erkrankung sind Symptome für einen zugrundeliegenden Krankheitsprozeß. Die Symptome gelten erst dann als kuriert, wenn der zugrundeliegende Krankheitsprozeß beseitigt ist.

Der Kranke kann für seine Erkrankung nicht verantwortlich gemacht werden. Da der Krankheitsprozeß ebenso wie andere Prozesse der Natur den Gesetzen der Kausalität folgt, ist das kranke Individuum von einer Schuld freizusprechen.

Krankheitssymptome sollen entsprechend den Ursachen zu Krankheitseinheiten zusammengefaßt werden. Die nach ätiologischen Gesichtspunkten klassifizierten Symptome werden in regelmäßigen Gruppen, den Syndromen, erfaßt und diese als Ausdruck einheitlicher Ursachen angesehen.

Es gibt einen unumstößlichen Maßstab für die Zuordnung zu den Kategorien "gesund" und "krank". Dieser Maßstab ist aufgrund der Beobachtung des pathologischen Substrats zu gewinnen und daher unabhängig von den kulturell bedingten Relativierungen. Eine Kontinuität zwischen dem Zustand der Gesundheit und dem der Krankheit besteht nicht. Krankheit stellt sich dar als Abweichung von einem natürlichen Zustand des Organismus.

Veatch (1981) versucht, die Natur des medizinischen Krankheitsmodells, seine Grundelemente und seine Implikationen für die Gesellschaft aufzuzeigen. Er betont dessen ideologische Funktion, Einstellungen und Verhalten gegenüber einer Vielzahl von menschlichen Abnormitäten zu organisieren. Es hat die Tendenz, seine Zuständigkeit für immer weitere Lebensbereiche zu reklamieren. Nicht nur organische Erkrankungen, sondern auch Formen abweichenden Verhaltens oder körperlicher Zustände wie sexuelle Abwei-

chungen, unerwünschte Schwangerschaften, psychische Abweichungen, kriminelles Verhalten oder auch nur Falten in der Gesichtshaut werden mittels des Interpretationsmusters 'medizinisches Krankheitsmodell' unter die Kategorie 'krank' subsumiert. Kranksein gilt damit als eine unter vielen möglichen Formen sozial konstruierter Abweichung. Es beinhaltet somit immer neben der allgemein unterstellten biologisch-organischen auch eine soziale Komponente, die in der Zuschreibung des Attributs 'krank' liegt, also in einer Etikettierung. Jedoch genügt weder die biologische Abweichung von einem medizinisch als natürlich oder gesund definierten Zustand, noch die Abweichung von gesellschaftlich anerkannten Normen, um einen körperlichen Zustand als Kranksein zu etikettieren.

Als entscheidende Bedingung der Krankheitsetikettierung gibt Veatch die von Parsons postulierte Entlastung von Rollenverantwortlichkeit an, auf die an anderer Stelle noch näher eingegangen werden soll. Der Kranke wird von seiner Verantwortlichkeit freigesprochen, durch eigenen Wunsch oder Willensleistung seinen alltäglichen Rollenanforderungen gerecht zu werden. Eine weitere Besonderheit der Krankenrolle besteht darin, daß sie selbst als unerwünscht für den Betroffenen gelten muß. Der Patient muß also motiviert sein, gesund zu werden. Schließlich ist eine weitere Voraussetzung für die Krankheitsetikettierung die Übernahme der Verpflichtung, technisch kompetente Hilfe aufzusuchen. Egal wie stark nun die Abweichung im biologischen oder sozialen Sinne ist, solange diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wird eine Geltendmachung einer Erkrankung durch ein Individuum nicht als Kranksein unter das medizinische Krankheitsmodell subsumiert und bleibt damit nicht anerkannt. Die Konstituierung von Kranksein in diesem Sinne ist somit identisch mit der sozialen Anerkennung des Kranken als Träger einer Krankenrolle.

Hierbei wird bereits die Problematik deutlich, wenn man versucht, das medizinische Krankheitsmodell nicht nur auf

somatische Erkrankungen, sondern auch auf psychosomatische Erkrankungen, psychische Störungen oder abweichendes Verhalten im juristischen Sinne anzuwenden. Der Unterschied zwischen somatischer und mentaler Erkrankung liegt somit nicht darin, daß mentale Abweichungen als unerwünscht gelten und somatische Erkrankungen nicht, sondern in der Legitimität der beiden Varianten von Devianz.

Die Betrachtung von Kranksein als abweichendem Verhalten legt den Vergleich zu anderen Formen abweichenden Verhaltens wie etwa kriminelles Verhalten, psychotische Störungen oder religiöse Besessenheit nahe. Diese Unterscheidung reflektiert die früher oder in primitiven Gesellschaften nicht vorhandene Arbeitsteilung der sogenannten 'Heiler', die heute als Arzt, Richter, Psychologe oder Priester die Rollen arbeitsteilig ausüben, die einst in einer Person vereint waren, etwa den Medizinmännern oder religiösen Führern in früheren Kulturen. In der arbeitsteiligen Industriegesellschaft verteilt sich diese Rolle auf verschiedene gesellschaftliche Funktionen und Professionen. Parsons kommt demnach das Verdienst der Differenzierung von zwei grundsätzlich verschiedenen Formen von Abweichung zu.

Die sozialwissenschaftliche Kritik am medizinischen Krankheitsmodell, die die Ausgrenzung der sozialen Bedingtheit von Krankheit kritisierte, erfuhr inzwischen auch Gegenkritik aus den eigenen Reihen.

Als Übernahme der Vorstellung einer 'sozialen Kausalität' durch die Medizin und als Problem der 'Versozialwissenschaftlichung' der Medizin sieht Bauch (1982) den Einzug von soziologischen Ansätzen in die Medizin. Er befürchtet, daß durch Versuche, 'die letzten sozialen Ursachen' eines Krankheitsgeschehens zu identifizieren, die Gesellschaft dadurch 'pathologisiert' würde. Sein Ausgangspunkt liegt darin, daß wissenschaftliche Aufklärung über sozialepidemiologische Befunde nicht zu einer Veränderung der untersuchten Verhältnisse führen

können, da sich die Gesellschaft nicht nach den Erkenntnissen der Soziologie richte, sondern nach den ihr innewohnenden Notwendigkeiten.

3.3.6 Die psychischen Funktionen des Krankheitsmodells

Auf die wahrnehmungssteuernde Funktion des Krankheitsmodells weist Basler (1978a, S.156f.) hin:

"Auch Krankheitsmodelle können als sprachgebundene Aussagen verstanden werden, die bestimmen, welche Aspekte der Realität wahrgenommen werden. Es ist ein Irrtum, zu meinen, durch die Modelle werde eine vorhandene Realität abgebildet. Eine Kongruenz von Modell und Realität wird grundsätzlich als nicht bewiesen angesehen. Da theoretische Modelle unsere Fragestellungen bestimmen, legen sie auch bestimmte Antworten nahe, die nur innerhalb dieses Modells relevant sind. Psychische und soziale Ursachen von Krankheit werden nur dann gesehen, wenn das Modell diese Sicht nahelegt."

Auf diesem Hintergrund wird verständlich, daß auch bereits die Wahrnehmung eines Phänomens, durch das theoretische Konstrukt, das den Sachverhalt, von dem das Phänomen ausgeht, theoretisch integriert, durch Annahmen über den Charakter des Phänomens beeinflußt wird. Wahrnehmung wird hier nicht als unmittelbar sinnliche verstanden, sondern bereits als interpretative Leistung des Individuums, das die neue Information in ein bestehendes kognitives Konzept integriert. Die Wahrnehmung ist also nicht mehr von ihrer Verarbeitung zu trennen. Indem das Wahrgenommene Teil des Bewußtseins wird, gerät es in einen individuell - historischen Zusammenhang und unterliegt der Tendenz, es möglichst widerspruchsfrei in bestehende Erklärungskonzepte zu integrieren.

Ein allgemeinspsychologisches Problem liegt also darin, den Prozeß der sinnlichen Wahrnehmung vom Prozeß der Wahrnehmungsverarbeitung, also der kognitiven Integration der Wahrnehmung zu unterscheiden. Ein Schmerz beispielsweise, der einem Individuum widerfährt, wird immer unter individuellen Interpretationsbedingungen wahrgenommen, die wiederum das Erleben des Schmerzes beeinflussen.

Diese Bedingungen beinhalten sowohl psychische Prädispositionen als auch Umgebungsfaktoren, die aber wiederum schon kognitiv integriert sind. Symptome, die auf Veränderungen von physiologischen Prozessen beruhen, werden also immer schon auf dem Hintergrund interpretierter Erfahrungswerte wahrgenommen und unterliegen damit Bewertungsschemata. Diese Wahrnehmungshintergründe variieren somit sowohl inter- als auch intraindividuell und sind damit im engsten Sinne subjektspezifisch. Nur einige der psychologischen Implikationen von Krankheitskonzeptionen als kognitivem Begriffs- und Integrationssystem konnten hiermit angedeutet werden. Insgesamt kann vermutet werden, daß kognitive Konzepte nicht nur handlungssteuernd, sondern auch wahrnehmungssteuernd wirken.

3.3.7 Analogie von Krankheitsmodell und Laienkonzept

Bisher wurde der Begriff des Krankheitsmodells als wissenschaftliche Konzeption über Bedingungen der Entstehung und Maximen der Behandlung von Krankheiten und der damit verbundenen Wertvorstellungen betrachtet. Man kann jedoch davon ausgehen, daß jedes Individuum über ein besonderes Krankheitsmodell verfügt, das sich zwar auch verallgemeinern läßt, sich jedoch von den bisher besprochenen Krankheitsmodellen dadurch unterscheidet, daß es nicht von wissenschaftlichen Interessen des Verständnisses von Krankheit geleitet ist, sondern vom Interesse der

Bewältigung des Leidens unter den jeweiligen individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen.

Dieses individuelle Krankheitsverständnis kann als individuelles Krankheitskonzept bezeichnet werden. Es unterscheidet sich vom medizinischen Krankheitsmodell dadurch, daß es hauptsächlich durch Selbsterleben und empathischem Fremderleben geprägt und nicht in einem Prozeß der professionalisierenden Sozialisation erworben wurde.

3.3.8 Die Dualität im Begriff der Krankheit (Disease oder Illness)

Im Zusammenhang mit der Kategorie der psychischen Gesundheit befaßt sich Lohmann (1978) auch mit dem Verhältnis von körperlicher Symptomatik und ihrem Erleben. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Psychophysiologie weist er darauf hin, daß eine direkte Beziehung zwischen Verwundungen und körperlichen Symptomen und ihrem Erleben nicht besteht. Entscheidende Bedeutung kommt dabei der Umgebung des Geschehens zu, wie die Befunde und Experimente im Zusammenhang mit dem Placeboeffekt demonstrieren. Er führt diese interindividuellen Differenzen auf die Verinnerlichung des soziokulturellen Milieus, in dem das Individuum aufwächst und das durch Erfahrungen modifiziert wird.

Diese Erklärung mag nun ausreichen, wenn interkulturelle Differenzen der Symptomwahrnehmung interpretiert werden sollen, für eine individualpsychologische Analyse der Differenzen zwischen Menschen einer Kultur ist diese Perspektive jedoch nicht geeignet. Sie verkürzt den Menschen auf ein prinzipiell soziokulturell geformtes Wesen, deren Unterschiede im Verhalten sich durch unterschiedliche Lernmuster auszeichnen. Der die Phänomene erklärende Zusammenhang wird

lediglich in Umgebungsfaktoren vermutet, die prägend auf das Individuum einwirken, nicht jedoch in den individuellen Absichten, Ziel- und Zwecksetzungen und der Eingebundenheit in spezifische soziale Gebilde. Man kann dieser globalen soziokulturell-lerntheoretisch orientierten Perspektive lediglich einen ebenso globalen und verkürzten Erklärungswert zubilligen.

Über die Bedeutung von Unterschieden zwischen der subjektiven und objektiven Darstellungsform von Krankheit kommt Lohmann zu folgendem Ergebnis (S.74):

"Wenn Krankheit - beurteilt an Hand von auftretenden Krankheitssymptomen - in einer gesunden Bevölkerung somit eher die Ausnahme als die Regel ist, dann ist vielleicht die Reaktion des Individuums auf seine Symptome, sein hilfesuchendes Verhalten, eine objektiveres d.h. in höherem Maße operationales Kriterium für Krankheit als die gängige klinische Betonung des Vorhandenseins von Krankheitsanzeichen."

Es mag eine Frage des Standpunkts oder des Geschmacks sein, ob man bei der Betrachtung von 'Krankheit' mehr den sogenannten objektiven Symptomen oder den Verhaltensweisen und verbalen und nonverbalen Mitteilungen des Patienten, also seinem Krankheitsverhalten die Aufmerksamkeit zur Beurteilung des Patienten und seiner Problematik schenkt. Es drängt sich jedoch die Frage auf, warum nicht beide Dimensionen Indikatoren der gesundheitlichen und sozialen Situationen des Patienten sein können, und zwar nicht getrennt voneinander mit verschiedener Gewichtung, sondern in ihrem jeweiligen Zusammenhang. Dieser Zusammenhang, der sich nur über ein Begreifen der Subjektivität herstellen läßt, kann das Verständnis für die häufig zitierten Widersprüche zwischen Kranksein und Krankheitserlebnis eröffnen. Die Auflösung dieser Widersprüche entlarvt dann meist diese Widersprüche als mangelndes Verständnis für die Problematik des Patienten als Ganzheit.

Ein Arzt wird vermutlich der These zustimmen, daß er seine Beurteilung des Patienten nicht nur aus den naturwissenschaftlich objektivierbaren Fakten bezieht, sondern auch aus seinen Überlegungen über die Motive des Patienten, sich auf eine bestimmte Weise darzustellen. Diese kognitiven Prozesse des sich in die Situation des Patienten Hineinversetzens (Empathie) werden zwar häufig berücksichtigt, jedoch oft wiederum getrennt von der objektiven Symptomatik des Patienten. Die Berücksichtigung beider Momente, also sowohl der subjektiven als auch objektiven Symptomatik, scheint eine realistischere und komplexere Sichtweise der Bewertungsprozesse in der AP-Interaktion für die Arztseite zu sein.

Ein Begriff von Krankheit, der der Situation des Patienten gerecht werden will, muß somit beide Erscheinungsformen (subjektiv und objektiv) berücksichtigen und sie nicht isoliert voneinander betrachten, sondern in ihrem Zusammenhang verstehen. Zusätzlich müssen die wertenden Elemente eines jeden Krankheitsbegriffs (sowohl allgemein als auch fallbezogen) in Betracht gezogen werden und als Bestandteil der Interaktion reflektiert werden.

3.3.9 Gesundheitsdefinitionen, Notwendigkeit oder Luxus

Vom Standpunkt des Mediziners hält Jungmann (1976) die verschiedenen Definitionen für unbrauchbar, da sich die Medizin mit Krankheiten beschäftigt und deshalb eine Definition von Gesundheit praktisch bedeutungslos sei.

"So erstaunlich es für viele auch erscheinen mag, die Frage nach dem Sinn und Wesen der Gesundheit ist für die Medizin und für den Arzt praktisch bedeutungslos, weil weder die Medizin noch der Arzt daraus praktisch verwertbare Konsequenzen ziehen können. Das ist auch der Grund dafür, daß

die Frage nach der Gesundheit in der gesamten medizinischen Literatur keine Rolle spielt." (Jungmann 1976, S.2952).

Jungmann bemerkt also zu recht die Nutzlosigkeit einer Definition von Gesundheit, wenn sich der Arzt mit einer konkreten Krankheit konfrontiert sieht und mittels des medizinischen Wissens und medizinischen Instrumentariums die adäquaten Maßnahmen zur Beseitigung der Krankheit einleiten will.

Trotzdem kann eine ärztliche Diagnose lauten : "Ihnen fehlt nichts, sie sind gesund.". Die Medizin verfügt also, wenn auch nicht explizit, so doch als negative Abgrenzung von Krankheit über ein implizites Verständnis von Gesundheit. "Kein Befund" oder "Befund negativ" sind medizinische Stellungnahmen zum Gesundheitszustand von Patienten, die ihre Kriterien nicht aus einer Bestimmung der Anwesenheit von Gesundheit beziehen, sondern auf der Überprüfung der Existenz von Indikatoren für Krankheit.

Die Kriterien für die Anwesenheit von Krankheit sind dabei das Auftreten pathologischer Prozesse oder die Abweichung der Untersuchungswerte von sogenannten Normwerten, die dem Arzt aus Statistiken, seinen Erfahrungen und durch sein medizinisches Wissen bekannt sind.

Hieraus läßt sich schließen, daß die medizinische Wissenschaft die Beurteilung eines Patienten als gesund oder krank insoweit vornimmt, als sie die Anwesenheit von Symptomen oder Indikatoren von Krankheit zum Anlaß für Interventionen nimmt. Gesundheit wird also darüber beurteilt, inwieweit in der Medizin als krankhaft geläufige Symptome und in der Schulmedizin gelehrt Indikatoren von Krankheit nicht auftreten. Die Untersuchung und Anamnese des Patienten ist dabei das wissenschaftliche Mittel, Informationen über diese Indikatoren zu gewinnen, um daraufhin die Anwesenheit oder Abwesenheit von Krankheit zu diagnostizieren.

Werden bei einem Patienten irgendwelche Anzeichen von Krankheit, sei es als leicht erhöhter Blutdruck oder Unwohlsein festgestellt, folgt die Entscheidung über die Notwendigkeit und die Art therapeutischer Maßnahmen. Die Annahmen darüber, was Gesundheit sei, sind also immer schon in den diagnostischen Verfahren und Entscheidungen über die Therapie enthalten, werden jedoch nicht jeweils thematisiert. Diese unterstellten Annahmen wurden bereits als Besonderheiten des medizinischen Krankheitsmodells erläutert. Definitionen von Gesundheit spielen also in der Medizin als Naturwissenschaft keine Rolle; jedoch unterstellt sie in ihren Maßnahmen einen Gesundheitsbegriff, der stillschweigend die Annahmen des medizinischen Krankheitsmodells beinhaltet.

3.3.10 Der normative Charakter professioneller Gesundheitsdefinitionen

Daß in der Definition von Gesundheit eine positive inhaltliche Bestimmung dieser Kategorie keine Rolle spielt, zeigt sich anhand der alternativen Definition, die Jungmann trotz seiner Enttäuschung über die Untauglichkeit der meisten Definitionen zur Gesundheit, aufstellen will und unter anderem zu folgendem Ergebnis kommt:

"Gesundheit ist die Fähigkeit, den vielfältigen Anforderungen des Lebens zu entsprechen: Leistungsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit und Widerstandskraft." (Jungmann 1976; S.2955).

Er spricht damit ein wesentliches Moment der Entscheidungsfindung für medizinische Maßnahmen an: Die Funktion der Gesundheit für das Individuum, also die Nützlichkeit der Gesundheit für die Erfordernisse des täglichen Lebens ist in der alltäglichen medizinischen Pra-

xis ein Kriterium zur Beurteilung der Notwendigkeit von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen.

Wird nun die Funktionalität der Gesundheit für die Funktionalität des Individuums das Kriterium medizinischer Entscheidungen, verläßt die Medizin ihren eigentlichen Wirkungsbereich als Naturwissenschaft und definiert Gesundheit sozialnormativ. Eine Folge dieser Definitionen kann darin liegen, Maßnahmen zu ergreifen, die eher kompensatorischen als heilenden Charakter aufweisen.

Eine ähnliche Tendenz weist die Definition von Parsons (1967) auf:

"Somatische Gesundheit ist, soziologisch definiert, der Zustand optimaler Fähigkeit zur wirksamen Erfüllung von für wertvoll gehaltenen Aufgaben." (S.58).

Gesundheit wird also von Parsons mit der Möglichkeit der Erfüllung von Tätigkeiten gleichgesetzt. Die Problematik solcher Definitionen wird deutlich, wenn man 'somatische Gesundheit durch 'Intelligenz', 'Freiheit', 'Macht' oder ähnliche Begriffe ersetzt. Man wird bemerken, daß die Definition nicht bedeutungslos wird, also auch für diese Kategorien geeignet wird. Diese Austauschbarkeit der abstrakten Kategorien weist daraufhin, daß die Besonderheit der Kategorie von Gesundheit im Unterschied zu anderen Gegenständen in der Definition nicht getroffen wurde, da ansonsten diese Kategorien identisch sein müßten.

Diese Überlegungen weisen auf ein Problem hin, das sich dem praktizierenden Arzt stellen kann, wenn er anhand von bestimmten Diagnosebildern über Therapiemaßnahmen entscheiden muß. Nicht alleine medizinische Erwägungen, sondern auch Kostenerwägungen, seine individuellen Vorstellungen von Gesundheit und Zumutbarkeit für den Patienten gehen in seine Entscheidungsfindung für heilende bzw. kompensierende Maßnahmen ein.

Die Unterscheidung zwischen einer aus dem medizinischen Ideal der Beseitigung und Linderung von Leiden entspringenden Handlungsaufforderung an den Arzt und normativen Erwartungen, die sich aus den praktischen Verhältnissen des Patienten, seiner Tätigkeit und dem Gesundheitssystem ableiten, geben ein Problem der Gesellschaftlichkeit naturwissenschaftlicher Praxis wider.

Für den Arzt kann sich dieser potentielle Widerspruch als Rollenkonflikt darstellen, wenn er einerseits seinen ethischen Vorstellungen, Helfer des Menschen zu sein, nachkommen will und andererseits den Notwendigkeiten gehorchen will, die ihm durch die ökonomische Organisation seiner Praxis und durch seine Eingebundenheit in vertragliche Verpflichtungen auferlegt sind.

3.3.11 Die Bedeutung ärztlicher Gesundheitskonzepte in der AP-Interaktion

Die Problematik einer einseitigen Betrachtungsweise von Gesundheit als Leistungsfähigkeit wird durch die Ausführungen von Fey (1980) deutlich:

"Der medizinische Laie wird einwenden, Gesundheit und Krankheit lassen sich durch objektive Untersuchungsmethoden doch feststellen: Zur Verdeutlichung der Schwierigkeit in dieser Frage: Fall1: Bei einem Mann im besten Alter und voll im Arbeitsprozeß stehend wird anlässlich einer Vorsorgeuntersuchung Eiweiß im Urin festgestellt. Eiweiß im Urin ist pathologisch. Trotzdem wäre es ärztlich unverantwortlich und hätte menschlich katastrophale Folgen, wenn man diesen Mann deshalb als krank bezeichnen oder gar aus dem Arbeitsprozeß herausziehen würde. ... " (Fey 1980, S.588).

Der Autor hält also dem Befund, den er als Arzt erhebt (pathologisch), entgegen, daß pathologische Befunde noch lange nicht Krankheit ausmachen. Mehr als mit der Krankheit seines Patienten beschäftigt sich dieser Arzt also mit den Aufgaben und Verpflichtungen seines Patienten und versteht Gesundheit als Fähigkeit, diesen Verpflichtungen nachzukommen. Er definiert Gesundheit "... als die mit Ausdauer, Einsicht und Selbstdisziplin erworbene, natürliche Fähigkeit des Menschen, Konflikte auszuhalten, Widerstände zu leisten, mit Streß zu leben, das Kranksein zu ertragen und sein Leiden sinnvoll zu machen" (ebd., S.600).

Diese Definition des Mediziners, sieht also unabhängig vom Vorhandensein von Krankheit die Aufgabe des Mediziners in der Erhaltung der 'Leistungsfähigkeit' seiner Patienten, was jedoch nicht die Beseitigung von Krankheiten bedeuten muß. "Krankheiten sind in diesem lebenslangen Prozeß ein wesentlicher Faktor des Wachsens und Reifens, ja oft ein entscheidendes Erlebnis zu Höchstleistung und seiner eigenen Bestimmung hinzufinden" (ebd.). Die Handlungsrelevanz dieser Definition von Gesundheit wird dadurch klar, daß man fast den Eindruck hat, der Arzt wolle den Patienten zu seiner Krankheit beglückwünschen.

Dieses möglicherweise extreme Beispiel demonstriert, in welcher Weise ein Arzt seine subjektiven Vorstellungen von den Aufgaben seiner Patienten in eine Definition von Gesundheit hineinformuliert und die Krankheit nicht mehr als beseitigungswerte Behinderung des Patienten, sondern als Bewährungsprobe des Patienten und als Chance seiner Selbstverwirklichung ansieht.

Ein weiterer Wert dieses Beispiels liegt darin, die ideologische Funktion von Vorstellungen von Gesundheit, die sich in wissenschaftliche Definitionen kleiden, zu verdeutlichen.

Die Maßnahmen, die ein Arzt mit einem derartigen Gesundheitsbegriff für seinen Patienten einleiten wird, wer-

den vermutlich nicht von einem Verständnis für die Bedürfnisse und speziellen Problemsituationen des Patienten bedingt sein. Der Patient wird den Vorstellungen des Arztes von seinen eigentlichen Aufgaben und Verpflichtungen relativ machtlos gegenüberstehen, da er gewöhnlich keine Chance hat, seine Probleme in die Behandlungssituation einzubringen. Die Definition des Arztes hat dann für die AP-Interaktion definitorischen Charakter, in dem Sinne daß sie den Patienten als Objekt von eigenen Idealvorstellungen betrachtet und dieser lediglich die Chance hat, den Anweisungen seines Arztes mehr oder weniger nachzukommen.

3.4 ZUSAMMENFASSUNG

Anhand mehrerer Beispiele konnte gezeigt werden, daß professions- und interessespezifisch verschiedene theoretische Konstrukte von Gesundheit und Krankheit an der sozialen Interaktion im Gesundheitsbereich beteiligt sind.

Während der Patient ein naives, und unkompliziertes Verhältnis zum Begriff der Gesundheit hat, der seine Bedeutung aus den Erfordernissen des täglichen Lebens und den bisherigen Selbst- und Fremderfahrungen von Gesundheit und Krankheit bezieht, werden wissenschaftlich unter diesen Begriffen eher Zuständigkeit der eigenen Profession, die Weltanschauung der eigenen Fachrichtung und normative Ansprüche an die Kranken subsumiert.

Die theoretischen Konzepte von Gesundheit und die Vorstellungen, was als Krankheit gilt und was nicht, haben handlungssteuernde Funktionen, da sie für die heilenden Professionen die theoretischen Grundlagen ihres Handelns abgeben.

Entgegen dem naiven Verständnis des Patienten, der Krankheit ganz konkret als unmittelbare unwillkürliche Behinderung seiner Individualität begreift, und den Arzt aufsucht, um diese Einschränkung aufzuheben, wird von wissenschaftlicher Seite eher versucht, Maßstäbe von Gesundheit und Krankheit zu etablieren und Prozesse mit Gesundheit zu verknüpfen, die für das Alltagsleben der Betroffenen in Relation zu ihrer Gesundheit sekundär sind.

Einige der Beispiele haben gezeigt, daß Gesundheit häufig als Funktionalität des Individuums für die Gesellschaft oder als Fähigkeit, bestimmte von der Definition für wichtig gehaltene Tätigkeiten auszuüben, verstanden wird.

Daß durch Krankheit die Ausübung von Tätigkeiten verhindert wird, verführt häufig dazu, Gesundheit mit der Ausübung dieser Tätigkeit zu identifizieren.

Eine patientenzentrierte Alternative zu diesen meist normativen und den Patienten mit einer fremden Vorstellung von Gesundheit konfrontierenden Definitionen könnte darin liegen, die Konzeption des Patienten von Gesundheit zum Ausgangspunkt der Behandlung zu machen. Dies bedeutet nicht, vor Beginn der Behandlung mit dem Patienten über Gesundheit im allgemeinen zu diskutieren, sondern darauf zu achten, welche Anliegen der Patient hat, und sich dahingehend zu kontrollieren, inwieweit und ob man durch sein therapeutisches Handeln dem Patienten eigene Konzeptionen von Gesundheit überstülpt. Dieses Verhalten berücksichtigt die Persönlichkeit des Patienten, und gibt Gewähr dafür, daß bei Konflikten zwischen Arzt und Patient der Patient eine Chance hat, seine Meinung in die Beziehung einzubringen. Gleichzeitig gibt es dem Arzt die Chance, den Patienten als mündigen Menschen wahrzunehmen und ihn bei Meinungsverschiedenheiten aufzuklären oder von der Notwendigkeit von Maßnahmen zu überzeugen, und verhindert eine Entfremdung in der therapeutischen Beziehung durch Mißverständnisse.

Für die Verwendung von Begriffen von Gesundheit in unserer Untersuchung lassen sich folgende Schlüsse ableiten. Da jeder Begriff von Gesundheit sowohl deskriptive als auch normative Elemente enthält, und die Gesundheitsbegriffe von Patient zu Patient verschieden sind, sollen die normativ - ideologischen Momente möglichst nicht in Fragestellungen an die Patienten angesprochen werden. Da auch nicht Gesundheit der Gegenstand unserer Untersuchung ist, sondern die Bewertung von individuellen Gesundheitszuständen, soll der ideologische Begriff der Gesundheit möglichst ausgeklammert bleiben. Vielmehr soll die Bewertung der Erkrankung aus der Sicht der Betroffenen und des Arztes im Sinne einer Einschätzung des aktuellen Zustands erhoben werden, was voraussetzt, die Items entsprechend umgangssprachlich und auf das aktuelle Befinden zielend zu formulieren. Da dieser konkrete Gesundheitszustand auch Grund der Konsultation ist, kann angenommen werden, daß die Fragen personenbezogen und deskriptiv verstanden werden.

Die Bewertungsgrundlage in Form von patientenspezifischen Krankheitskonzepten wird dabei unterstellt und nicht weiter problematisiert. Es soll zunächst nur vermutet werden, daß diese Konzeptionen Modifikationsbedingungen unterliegen und die Konzeptionen des Arztes eine dominierende Rolle spielen.

4.0 KRANKHEITSVERHALTENSMODELLE

In der Diskussion über Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten bedingen, werden von Greitemeyer (1977) die Fragen aufgeworfen, wann sich jemand entscheidet, zum Arzt zu gehen und unter welchen Bedingungen jemand einen Arzt aufsucht. Der Entscheidungsprozess, der das Krankheitsverhalten in Bezug auf Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, insbesondere der konkreten Entscheidung für oder gegen einen Arztbesuch bedingt, wird nach psychologischen Prädiktoren untersucht, die eine Vorhersage der Entscheidung ermöglichen könnten.

Greitemeyer schlägt ein formales Entscheidungsmodell vor, wobei Entscheidung zweckrational als Abwägung eines subjektiv erwarteten Nutzens definiert wird. Die Entscheidung wird mathematisch als additive Linearkombination von gewichteten Bedingungen formuliert und läßt sich in folgende Formel kleiden:

$$\text{Entscheidung} = \text{Prädiktor 1} \times \text{Gewichtung 1} + \dots + \text{Prädiktor n} \times \text{Gewichtung n}.$$

Da nun nicht unmittelbar der zweckrationale Charakter dieses Modells einleuchtet, werden zwei wissenschaftstheoretische Voraussetzungen des Modells angegeben:

Entscheidbarkeit = Ein rationales Subjekt hat eine klare Präferenzstruktur bezüglich der Konsequenzen zweier Handlungen.

Maximierung des subjektiv erwarteten Nutzens = Ein rationales Subjekt wählt die Handlungsalternative, die den maximalen Nutzen verspricht. Nutzen wird dabei subjektivistisch als Bewertung von Handlungskonsequenzen verstanden.

Bei mathematisch formulierten Verhaltensmodellen stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Klarheit der Wiedergabe von Verhaltenssequenzen auf der einen Seite und der unvermeidlichen Reduktion der komplexen Bedingungsstrukturen auf der anderen. Unreduzierte Lebenswirklichkeit ist zwar durch formalisierte, in mathematischen Termen erfaßten Modellen nicht vollständig erfaßbar. Jedoch erscheint ein simplifiziertes mathematisches Modell für den Zweck einer empirischen Untersuchung tauglicher, da es versucht, die relevanten Zusammenhänge funktional eindeutig darzustellen.

Als spezifisch psychologische Faktoren bestimmt Greitemeyer folgende Bereiche und folgende speziellen Phänomene:

Kognition

- Symptomregistrierung

- Symptombewertung

- Meinungen, Einstellungen zu ärztlicher Behandlung
- medizinisches Wissen

Lernen

- eigene Erfahrungen mit bestimmten Symptomen

- individuelle Sozialisation

- positive vs. negative Erfahrungen bei früheren Arztbesuchen (Zufriedenheit, Sich-akzeptiert-fühlen)

Motivation

- Bedürfnis nach Hilfe

- Bedürfnis nach Information

- Bedürfnis nach Kommunikation

- Angst vor Schmerzen

- Angst vor Gewißheit über die Malignität eines Symptoms

Der Ansatz Greitemeyers besteht darin, im Unterschied zu früheren eher psychodynamisch orientierten Ansätzen den rationalen Entscheidungsprozess des hilfesuchenden potentiellen Patienten in den Mittelpunkt der empirischen Betrachtungen zu stellen. Die Entscheidung wird dabei als nachvollziehbare Abwägung von Alternativen gesehen, die

Bedingungscharakter einerseits in dem Sinne haben, daß sie historische oder ex-ante Bedingungen umfassen, andererseits antizipierte Folgen des Inanspruchverhalten mit einschließen. Der Unterschied zu konventionellen Ansätzen liegt in der Berücksichtigung von Erwartungen und Nutzenabwägungen des Patienten, also in einer Ausweitung des historischen Bedingungsansatzes um rational-teleologische Komponenten. Es erscheint als strukturelle Grundlage für ein sequentielles Bedingungsmodell der Prozesse von der Inanspruchnahmeentscheidung bis zum Befolgungsverhalten des Patienten geeignet.

Ein Verhaltensmodell der Selbstmedikation bei Beschwerden und damit auch der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wurde von Czech (1980) entworfen. Es enthält auch für unsere Fragestellung relevante Faktoren, die als Verlaufsmodell mit Rückkopplung bestimmter Elemente, für die Arztkonsultation modifiziert, kurz dargestellt werden soll.

Auftreten der Beschwerden

Wahrnehmung des Symptoms

Subjektive Diagnose

Bewertung der Beschwerden

Entscheidung über Art der Behandlung

--> Keine Behandlung

--> Selbstbehandlung

--> Arztkonsultation

Da sich das das Modell hauptsächlich mit Selbstmedikation befaßt werden diese Prozesse ausführlicher behandelt; der Prozess der Arztkonsultation wird vernachlässigt. es beste-

hen joch zwischen diesen Prozessen strukturelle Ähnlichkeiten, indem verschiedene Behandlungsmethoden zu verschiedenen Effekten führen und ein Rückkopplungskreis zur Symptomwahrnehmung besteht.

Ein Entscheidungsstufenmodell des Krankheitsverhalten wurde von Hendel-Kramer/Siegrist (1979) dargestellt. Über die Phasen Symptomerfahrung, Annahme der Krankenrolle, Kontakt mit dem Arzt, Patientenrolle und Genesung wird nach Entscheidungen, Verhaltensweisen und Ergebnissen unterschieden. Da als Grundlage des Modells rollentheoretische Annahmen gelten, wird der Kontakt mit dem Patienten lediglich durch das Kriterium der Legitimation der Patientenrolle durch den Arzt und der Möglichkeit des Arztwechsels differenziert. Diese Anwendung der Rollentheorie weist darauf hin, daß der Strukturfunktionalismus wenige Anhaltspunkte für eine Analyse der psychologischen Prozesse in der AP-Interaktion bietet und eine Integration psychologischer Annahmen notwendig ist.

Anhand der Überlegung, daß sich das Inanspruchnahme- oder Konsultationsverhalten der Patienten nicht hinreichend aus ihrer physiologischen Situation erklären läßt, sondern nur anhand von kognitiven Transmissionsvariablen, entwickelte Rosenstock (vgl. Leavitt 1979 S.105) das sogenannte Health-Belief-Modell. Der Grundgedanke dieses Modells liegt darin, daß nicht die Krankheit an sich der entscheidende Faktor des Patientenverhaltens ist, sondern die Einstellungen und Bewertungen ('beliefs') ihr gegenüber. Vier Variablenbündel werden als wesentliche Determinanten des Krankheitsverhaltens genannt:

Das Selbstbild der Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit

Die Bewertung der Krankheitsschwere (entweder als körperliche Beeinträchtigung oder als Konflikt mit sozialen Funktionen)

Die Einschätzung der Vorteile von Handlungen zur Linderung der Krankheit

Die Einschätzung der möglichen Hindernisse (körperlich, psychologisch oder finanziell), die mit der beabsichtigten Handlung verbunden sind

Das Krankheitsverhalten hat gemäß diesem Modell also immer diese kognitiven Variablen als Bedingungen vorausgesetzt. Inanspruchnahmeverhalten ist damit durch Schätzung dieser Größen anhand von empirischen Untersuchungen in seiner Wirkung auf die Konsultationsbereitschaft untersuchbar. Durch Evaluierung dieses Modell lassen sich Wahrscheinlichkeitsaussagen über bestimmte Patientenhandlungen formulieren.

Laevitt (1979) fand in einem dreistufigen Vergleich von Einstellungen und Krankheitsverhalten von 210 Patienten als besten Prädiktor der Inanspruchnahme die Bewertung der eigenen Verletzlichkeit. Zweitbestes Kriterium war die Einschätzung der mit der Behandlung verbundenen Vorteile. Soziodemographische Variablen ergaben für die Variabilität des Krankheitsverhaltens in dieser Studie keine Relevanz ab.

In einer stärker methodisch orientierten Studie untersuchten Jette et al. (1981) die Validität und Reliabilität von Instrumenten der Validierung von 'Health - belief - indices'. Sie fanden anhand einer faktorenanalytischen Testung der Fragebögen Unterstützung der Annahme von diskreten Dimensionen und schließen daraus, daß die theoretische Unterscheidung im 'Health - Belief -Modell' empirisch gestützt ist.

Diese Untersuchungen weisen darauf hin, daß für das Krankheitsverhalten von Patienten kognitive Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Neben der Analyse von objektiven Bedingungen soziodemographischer Art und der Berücksichtigung situativer Bedingungen sollten also zum

Verständnis und zur Erklärung von Patientenverhalten
kognitive Dimensionen des HB - Modells integriert werden.

5.0 ERKLÄRUNGSMODELLE DER AP-INTERAKTION

Pro Tag ereignen sich in der Bundesrepublik Deutschland etwa 2 - 3 Millionen AP-Kontakte. Der hohen sozialpolitischen Bedeutung dieses Interaktionsbereichs steht eine relativ schwach entwickelte empirische Erforschung der Hintergründe und Prozesse des AP-Kontakts gegenüber.

Dagegen gibt es zahlreiche theoretische Erklärungsmodelle der AP-Interaktion, die von verschiedenen Disziplinen ausgehen und sich auf verschiedenen Komplexitätsebenen diesem Thema nähern. Die Modelle weisen verschiedene Grade der Komplexität auf und reichen von der einfachen Definition bis zu komplizierten kybernetischen Modellen. Was anhand der Problematik der Definition von Gesundheit und Krankheit aufgezeigt wurde, gilt ebenfalls für die Definitionen der AP-Interaktion. Sie sind jeweils Ausdruck eines Menschenbilds und haben als kognitive Strukturiertheit sowohl wissenschaftliche als auch alltägliche Handlungsrelevanz.

Analog zu den Definitionen von Gesundheit kann man Modelle mit Erklärungscharakter gegenüber solchen mit normativem Charakter unterscheiden, also nach Ist- und Sollzustandsanalysen differenzieren. Die Istanalysen beziehen sich dabei auf eine Analyse der ablaufenden Prozesse, während die Sollanalyse die Realität mit einer Idealkonzeption der AP-Interaktion vergleicht.

Der Begriff des Gesundheitsverhaltens wird von v. Perber (1979) problematisiert. Er zählt zahlreiche Aspekte des Begriffs auf und betont die forschungsleitende Funktion von Definitionen des Gesundheitsverhaltens. Entsprechend dem behavioristischen Verhaltensbegriff liegt der Gegenstand der Analyse jeweils in der Variabilität von individuellem Verhalten. "...das Handeln von Einzelpersonen, einschließlich seiner Bedingungen und Konsequenzen, in einer Situation

individuell vermittelter gesellschaftlicher Konflikte..." (ebd. S.20 f.) Die Definition bleibt damit sehr allgemein und bezieht sich nicht auf die Wechselwirkung mit medizinischen Einrichtungen, da Gesundheitsverhalten nicht mit Krankheitsverhalten gleichgesetzt wird, obwohl es dieselben Erlebensaspekte betrifft. Gesundheits- oder Krankheitsverhalten ist also ein Gegenstand, der die AP-Interaktion unter der Perspektive der Variabilität von Patientenverhalten als Konsequenz bestimmter Bedingungen betrachtet und damit eine einseitige Sichtweise.

Wildgrube (1978, S.36) unterscheidet enge und weite Definitionen der AP-Beziehung. Als Beispiel für eine enge Definition zitiert er Liek (1926):

"Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Krankem muß so beschaffen sein, daß der Arzt immer und unter allen Umständen das Gefühl behält, über dem Kranken zu stehen, das Gefühl, der Gebende zu sein. Die Tatsache des Honorars kann daran nichts ändern. Wird dieses natürliche Verhältnis verschoben, besteht irgendein Zwang, so kann für beide Seiten nicht Gutes herauskommen."

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird in dieser Definition als natürlich und zwangsfrei idealisiert, was erst durch die Abstraktion von den gesellschaftlichen und ökonomischen Hintergründen dieses Verhältnisses gelingt. Durch Herauslösen des Zusammentreffens von Arzt und Patient aus dem gesellschaftlichen Zusammenhang und durch Ignorieren der sozialen, psychologischen und ökonomischen Verhältnisse der beiden Seiten und deren Wechselbeziehung erscheint das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als Privatverhältnis zwischen einem kompetenten Gebenden und einem hilfesuchendem Nehmenden. Andere Definitionen, die Wildgrube als 'weite' kennzeichnet, umfassen auch die sozialen Hintergründe der AP-Interaktion.

Gegen eine Reduktion des AP-Verhältnisse auf den Bereich der privaten Intimität bzw. gegen eine Psychologisierung sprechen folgende Überlegungen (nach Wildgrube 1978, S.37 ff.) :

Die Arztrolle enthält widersprüchliche Rollenanforderungen. Beispielsweise ist der Arzt einerseits Wissenschaftler, Helfer und Berater des Kranken, andererseits ist er Unternehmer und damit an einer kosteneffektiven Zeiteinteilung interessiert.

Durch den AP-Kontakt werden bürgerlich-rechtliche Vertragsverhältnisse eingegangen, die nicht nur das Verhältnis Arzt-Patient, sondern auch meist die Verhältnisse Arzt-Krankenkasse, Patient-Krankenkasse und Patient-Arbeitgeber tangieren.

Durch die zunehmende Komplexität apparativer und medikamentöser Hilfsmittel mehren sich zwangsläufig die Fälle, in denen der Arzt den Patienten schädigen kann. Zahlreiche Schadenseratzprozesse, die von Patienten gegen Ärzte angestrengt werden, sind Ausdruck dieser Problematik.

Versicherungsrecht und Gebührenordnung beeinflussen die AP-Beziehung erheblich. So haben die Versicherten eine Schadensabwendungs- und Minderungspflicht und die Duldungspflicht einer sinnvollen und zumutbaren Therapie.

Nicht nur die Instruktion des betroffenen Patienten, sondern auch die seiner Angehörigen und Bezugspersonen hat Einfluß auf den Behandlungsverlauf. Der Einfluß der sozialen Patientenumgebung wird häufig im Vergleich zum Einfluß des Arztes unterschätzt.

Der technische Fortschritt schafft ständig neu zu bewältigende Problem im Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten. Die Technologisierung von Arztpraxen und

Krankenhäusern hat eine alle Schichten der Bevölkerung durchdringende Humanisierungsdebatte ausgelöst, die eine praktische Veränderung des Verhältnisses von Kranken und Pflegern fordert.

Diese allgemeinen Voraussetzungen der AP-Interaktion betreffen also ökonomische, juristische, naturwissenschaftliche und sozialpsychologische Aspekte, wobei keine der angeführten Bedingungen für sich allein betrachtet das AP-Verhältnis ausreichend charakterisieren kann. Jeder Definitionsversuch gibt nur spezifische Aspekte der Problematik wider, so daß eine Eingrenzung Gegenstandsbereichs unumgänglich erscheint.

Festzuhalten bleibt, daß die Charakterisierung der Beziehung zwischen Patient und Arzt durch idealistische Definitionen als Privatverhältnis, die nicht die realen Verhältnisse, sondern vielmehr einen Soll-Zustand wiedergeben, nicht die Komplexität oder Vielschichtigkeit dieser Interaktion erfassen, sondern häufig das Wunschdenken von Vertretern von Berufsständen oder Professionellen verdeutlichen.

5.1 DAS ROLLENTHEORETISCHE PARADIGMA ZUR AP-INTERAKTION

Bei der Betrachtung des Arzt- und Patientenverhaltens ist zu klären, welche variablen Bedingungen innerhalb der Interaktion wirksam werden. Werden unmittelbar soziale Normen wirksam oder ist die Subjektivität der Patienten oder Ärzte ausschlaggebend für den Interaktionsprozeß.

Diese Frage wurde auf allgemeinerem Niveau als Auseinandersetzung zwischen normativen und interpretativen Ansätzen diskutiert. Speziell für unsere Fragestellung sollen einige Beiträge, die sich mit dem AP-Verhältnis befassen, einbezogen werden.

Wenn das Individuum Teilnehmer von Interaktion wird, übernimmt es nicht passiv oder unvermittelt gesellschaftliche Anforderungen, Erwartungen und Interpretationen, sondern ist durch Reflexion dieser Vorgaben aktiv oder kognitiv konstruierend an der sozialen Interaktion beteiligt. Die Miteinbeziehung eines kognitiven Reflexionspotentials des Individuums unterscheidet das interpretative vom normativen Paradigma in der Entwicklung der Sozialwissenschaften. Die Weiterentwicklung oder partielle Aufhebung der Thesen des normativen Paradigmas, das seine Artikulation vor allem in der Rollen- und Systemtheorie Parsons' findet, stellte eine alle sozialwissenschaftlichen Bereiche erfassende Revision bzw. Ergänzung der Analyse von sozialem Handeln dar.

5.1.1 Die Krankenrolle nach Parsons

Für den Bereich der medizinsoziologischen Fragestellungen wurden die Erklärungsstrategien bis weit in die sechziger Jahre von der Rollentheorie Talcott Parsons bestimmt. Parsons (1951) begreift ein soziales System als ein System von Interaktionsprozessen, dessen Elemente handlungskompetente Interaktionspartnern darstellen. Diese Interaktionspartner unterscheiden sich durch Status und Rolle, die aber nicht als Eigenschaften oder Merkmale der Individuen gefaßt werden, sondern als Bestandteile des sozialen Systems. Im Unterschied von charakter- oder individualpsychologischen Ansätzen der traditionellen Psychiatrie oder Psychologie wird Handeln von Parsons nicht als Äußerung eines Merkmals oder einer Charaktereigenschaft von Individuen gedeutet, sondern als Bestandteil einer dem Individuum übergeordneten Funktionalität (des Sozialsystems) begriffen.

Die Individuen gelten als potentielle Rollenerfüller, die den gesellschaftlichen Anforderungen mehr oder weniger nachkommen können. Unterstellt ist hierbei ein Gerüst von Rol-

lenerwartungen, deren Insgesamt den gesellschaftlichen Interaktionsprozeß ausmachen. Die Rollen stehen den Interaktionspartnern sozusagen als Vorschrift gegenüber, der sie durch Rollenerfüllung mehr oder weniger nachkommen können. Im normativen Paradigma liegt die Gesellschaftlichkeit des Individuums also in seiner potentiellen Rollenerfüllung.

Parsons unterscheidet für den Spezialfall der Krankenrolle vier institutionalisierte Aspekte der Rollen von Kranken (nach Pflanz 1962):

Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen.

Institutionalisierte Vorstellung, daß man vom Kranken nicht erwarten kann, er solle gesund werden, indem er 'sich zusammennimmt', das heißt Befreiung von Verantwortlichkeit.

Verpflichtung zum Willen 'gesund zu werden'.

Verpflichtung, fachkundige Hilfe zu suchen und mit dem Arzt im Rahmen einer komplementären Rollenstruktur zusammenzuarbeiten.

Hier wird bereits deutlich, daß für Parsons die Krankenrolle einerseits darin besteht, von der Verantwortlichkeit für die Rollenfüllungen der 'Gesundenrolle' befreit zu werden. Andererseits beinhaltet die Krankenrolle jedoch die Verpflichtung durch ein 'krankenrollengemäßes' Verhalten die Krankenrolle aufzugeben und die alltägliche Rollenerfüllung anzustreben.

5.1.2 Die Arztrolle nach Parsons

In analoger Weise definiert Parsons die Rolle des Arztes, der Funktionalität des sozialen Systems gemäß komplementär zur Rollenerfüllung des Kranken zu agieren. Der Arzt befreit den Patienten von seiner Alltagsrollenerfüllung durch Krankschreibung oder durch Hospitalisierung. Er ergreift alle Maßnahmen, die zur Gesundung des Kranken führen können und unterstützt ihn in seiner Rollenerfüllung, die Gesundung anzustreben. Während sich die bisher angeführten Rollen von Arzt und Patient als offensichtlich komplementär ergänzend erweisen, ist dies für Konfliktfälle zwischen Arzt und Patient, etwa bei widersprüchlichen Ansichten über Schwere der Krankheit, notwendige Heilungsmaßnahmen oder anderen Widersprüchen nicht unmittelbar einsichtig.

Da Parsons jedoch bereits die Identität der Rollen von Arzt und Patient im Sinne einer systemdienlichen Funktionserfüllung definiert, wird der Konfliktfall dadurch erklärt, daß entweder der Arzt oder der Patient nicht rollenkonformes Verhalten zeigen. Versucht der Patient bewußt oder unbewußt, sich einer ihm unangenehmen sozialen Situation zu entziehen, indem er die Krankenrolle spielt, löst er damit wesentliche Inhalte der Krankenrolle nicht ein, da sie beinhaltet, die Krankenrolle durch rollenkonformes Verhalten selbst aufzuheben. Ein Arzt, der auf den Wunsch eines Patienten eingeht, sich der alltäglichen Rollenausübung durch Inanspruchnahme der Krankenrolle zu entziehen, erfüllt ebensowenig seine Arztrolle, da eine Rollenanforderung an den Arzt gerade darin besteht, den 'Mißbrauch' der Krankenrolle zu unterbinden.

5.1.3 Das idealistische Moment in Parsons' Rollentheorie

In der gemeinsamen Verpflichtung zur funktionalen Überführung der Krankenrolle in die 'Gesundenrolle' liegt also die zunächst für den konkreten Alltagsfall in der medizinischen Praxis nicht selbstverständliche Komplementarität der Rollen von Arzt und Patient. Da im normativen Paradigma, für dessen methodologische Struktur exemplarisch die Definition von Kranken- und Arztrolle bei Parsons stehen soll, die Rollenanforderung auf ein allgemeines Ziel hin definiert sind, nämlich auf gesellschaftliche Funktionalität, kann es Widersprüche zwischen den Akteuren nur als mangelnde Rollenerfüllung einer Seite interpretieren.

Das idealistische Moment an Parsons' Rollentheorie stellt auch Freidson (1961, S.67) fest:

"A rather popular way of conceptualizing the doctor-patient relationship lies in constructing a formal model based on how physician and patient should behave. This sort of model underlies much of the hortatory writing of professionals about themselves and their patients. In a more neutral, elegant and empirically useful way it also forms the basis for Talcott Parsons' analysis. ... The virtue of this kind of analysis is that it provides us with a definition of (philosophically) the "essence" of the relationship. We may use it as a fixed standard by which we may measure the variable deviations of reality. However it cannot really explain reality. It can only say what reality should be and note exceptions: it can note that the patient should submit to professional authority but, in fact, does not."

Parsons erkennt zwar an, daß Abweichungen von den von ihm als rollengemäßes Verhalten definierten Standards auftreten,

führt aber dann die Abweichung auf die Variabilität der emotionalen Reaktionen zurück.

Gordon (1966, S.38) weist auf eine Inkonsistenz innerhalb Parsons Rollentheorie hin. Abweichendes Verhalten - wobei abweichend sich auf die von Parsons selbst postulierten Rollenvorschriften bezieht - wird im Unterschied zum rollenkonformen Verhalten nicht als 'soziales' Verhalten angesehen, sondern als 'individuelles', und damit als ein dem psychologischen Gegenstandsbereich zugehöriges Phänomen betrachtet. Die gesellschaftliche Produziertheit von abweichendem Verhalten wird damit abgelehnt oder vernachlässigt. Die Kategorie des Sozialverhaltens erhält damit bei Parsons den positiven Inhalt der Erfüllung der von ihm definierten Rollenerwartungen, während Abweichung von diesen Normen den Nimbus des sozial unerwünschten und damit des 'unsozialen' erhalten.

5.1.4 Empirische Untersuchung zur Rollentheorie

Obwohl Gordon (1966) diese Einseitigkeit des Parsonschen Konzepts konstatiert, bemüht er sich um eine soziologisch-empirische Validierung dieses Rollenkonzepts.

Er vermißt an der Rollenkonzeption eine Quantifizierbarkeit des Rollenkonstrukts und damit seine empirische Evidenz und versucht im Anschluß an eine Operationalisierung der Parsonschen Kategorien eine empirische Verifizierung der Parsonschen Thesen.

Auffallend an seiner Untersuchung ist zunächst, daß der Begriff der Krankheit als 'sickness' auftritt. Gleichzeitig weist der Verfasser aber darauf hin, daß sich Sickness als medizinisches Phänomen von Sickness als sozialem Phänomen unterscheidet. Da er in Anlehnung an Parsons Sickness als

den strukturellen Aspekt der Rollendynamik versteht, faßt er unter dieser Kategorie die medizinischen und funktionalen Aspekte der Krankenrolle zusammen.

Legitimation durch den Arzt

Symptome (Schmerzen, Unwohlsein, Behinderungen)

Funktionale Unfähigkeit ("Die Unfähigkeit einer Person, normale Arbeitsaktivitäten auszuführen")

Prognose (Der erwartete Ausgang einer Krankheit)

Gordon differenziert in seiner Untersuchung also nicht zwischen Krankheit im Sinne des medizinischen Modells und dem subjektiven Kranksein als Ausdruck der Individualität, sondern verwendet einen Krankheitsbegriff, der sich auf objektive und normative Elemente beschränkt, in diesem Sinne also eine der Parsonischen Theorie adäquate Operationalisierung.

Als Stichprobe der Befragung wählte der Verfasser eine repräsentativen Querschnitt von 808 Personen der New Yorker Bevölkerung. Die Fragebögen setzten sich aus zwei Hauptteilen zusammen, wovon der erste Einstellungen gegenüber Krankheit und der Krankenrolle betraf, der zweite die demographischen Daten der Interviewten (Einkommen, Beschäftigung, Ausbildung, ethnischer Hintergrund, und routinemäßige soziostrukturelle Daten). Ziel der Befragung war die Ermittlung des Heterostereotyps von Krankheit.

Der erste Teil des Einstellungsteils befaßte sich mit Fragen zum allgemeinen Gesundheits- und Krankheitskonzept, der zweite Teil mit Fragen zum individuellen Krankheitskonzept, also Fragen zur Einstellung gegenüber Krankheit bei Betroffenheit.

Im wesentlichen wurde untersucht, unter welchen physiologischen Krankheitsbedingungen eine Person als krank

eingeschätzt wird und welche Bewältigungsmaßnahmen im Sinne von Entlastung von alltäglichen Rollenverpflichtungen als adäquat angesehen wurden. Diese Zuschreibung des Krankenstatus wurden zu den soziostrukturellen Merkmalen der Befragten in Beziehung gesetzt.

Er untersucht also damit das Vorkommen von normativen Krankheitsvorstellungen in der Bevölkerung und deren inhaltliche Attribuierung durch die Befragten.

Als Hauptergebnisse hält der Autor fest, daß die Anforderungen an die Einnahme des Krankenstatus schichtspezifisch variieren. Es zeigte sich, daß die Kriterien, nach denen der Status 'krank' zugestanden wird, mit sozioökonomischen Merkmalen korreliert. Je niedriger der soziale Status, desto strengere Maßstäbe werden an die Krankenrolle angelegt. Je niedriger das Einkommen also ist, desto strengere Anforderungen werden an die Schwere der Symptome und an die Fähigkeit oder Notwendigkeit des Aushaltens der Beschwerden gestellt.

Von den Bedingungen, unter denen die fiktive zu beurteilende Person als 'sick' eingestuft wurde, erwies sich die Prognose als Hauptfaktor. Die Prognose war eine Beschreibung der Heilungsaussichten im Sinne von Verbesserung oder Verschlechterung der Krankheit.

Wurde der Krankenstatus einmal konzipiert, so gab es keine Unterschiede bezüglich der sozioökonomischen Merkmale der Befragten in den Verhaltenserwartungen gegenüber dem Kranken und in der Einschätzung der Fragen, die die Kranken-Arzt-Beziehung und die Kranken-Familien-Beziehung betrafen.

Gegenüber zwei Typen von Disfunktionalität wurden auch zwei schichtspezifische differenzierbare Haltungen gefunden: Die Anforderungen, die an die 'Kranken'-rolle gestellt werden, die schützende Isolierung und Unterstützung des

Kranken. Die Anforderungen, die an die 'Behinderten'-rolle gestellt werden, liegen eher darin, die normalen Aktivitäten und die soziale Integration unterstützen. Es gibt keine notwendige Verknüpfung beider Rollen. Es ist also möglich auch eine der beiden Rollen isoliert innezuhaben. Eine Bedingung, unter der eine Person immer die Krankenrolle zugebilligt erhielt, war die der totalen Hilflosigkeit.

Aufgrund dieser Ergebnisse problematisiert Gordon die möglicherweise nachteiligen Folgen der ermittelten Krankheitskonzepte für die Genesung bzw. Refunktionalisierung des Kranken, etwa wenn ein Behinderter darin entmutigt wird, ärztliche Hilfe aufzusuchen, oder wenn ihm aufgrund der Erwartung, alle Verpflichtungen uneingeschränkt auszuüben, Unterstützung verweigert wird.

Gordon ist sich also mit Parsons in der Forderung einig, die Funktionalität der Krankenrolle sowohl auf der Seite der gesellschaftlichen Anforderungen als auch auf der Seite individuellen Verhaltens zu gewährleisten.

Während Parson jedoch davon ausgeht, daß mit der Postulierung dieser Forderungen als 'Krankenrolle' bzw. 'Arztrolle' diesem Zweck genüge getan ist, versucht Gordon die Übereinstimmung dieser theoretischen Forderung mit den im Bewußtsein der Bevölkerung vorfindbaren Einstellungen gegenüber Erkrankung zu überprüfen.

5.1.5 Stellenwert von Gordons Untersuchung

Gordons Untersuchung ist jedoch unter mehreren methodischen Vorbehalten zu betrachten. Er gibt den Befragten Symptomatiken vor, die sie auf der Dimension 'mehr oder weniger krank' einschätzen sollen. Zusatzinformationen über Arbeitsfähigkeit, Prognose und ärztliche Versorgung sollen

weitere Bedingungen der Erkrankung beschreiben und gleichzeitig die Möglichkeit bieten, die Wirksamkeit dieser Bedingungen auf das Ratingverhalten der Befragten zu kontrollieren.

Er verwendet also das Verfahren, in den Befragten eine Vorstellung von einer bestimmten Erkrankungssituation hervorzurufen und provoziert in einer Interviewsituation eine Reaktion auf diese Stimuli. Er produziert also damit die Vorstellung einer erkrankten Person, die jedoch dadurch artifiziell oder fiktiv ist, daß sie aus dem konkreten historischen und gesellschaftlichen Bezug herausgelöst ist. Die Interviewsituation ist also so gesehen eine Laborsituation, in der gesundheitsrelevante Einstellungen gegenüber kognitiven Artefakten hervorgerufen werden. Es läßt sich also nicht mehr am Antwortverhalten erkennen, ob die realen Einstellungen und Verhaltensweisen in der alltäglichen Interaktion mit denen der Befragungssituation identisch sind.

In seinen abschließenden Bemerkungen geht Gordon auch auf diese methodische Unzulänglichkeit seiner Untersuchung ein, indem er darauf hinweist, daß 'Krankheit' ein kompliziertes Phänomen ist, das in der endgültigen Analyse auf individueller Basis behandelt werden müßte. Er fordert, daß das soziale Umfeld des Patienten in den Behandlungsprozeß einbezogen werden müßte. Er geht sogar so weit, vom Arzt zu verlangen zusätzlich zu den medizinischen Verordnungen eine 'social response' zu verordnen. Bestimmte Verhaltensweisen des Patienten und seiner Umgebung sollen als therapeutische Mittel seine Wiederherstellung beschleunigen. Diese sozialen Präskriptionen können entsprechend der Parsonschen Rollenverteilung nur vom Arzt ausgeübt werden, da sie 'nicht an eine Person delegiert werden können, die keine Rolle in diesem Prozeß haben. Für öffentliche Gesundheitsprogramme schlägt er deshalb eine soziale Instruktion der Ärzte vor, die darin besteht, ihnen die effektivsten Verhaltensweisen

für sich, die Patienten und deren soziale Umgebung zu vermitteln.

Ihre methodische Relevanz erhält Gordons Untersuchung dadurch, daß sie die Bewertung von Krankheitszuständen durch Laien in den Bereich der sozialwissenschaftlichen empirischen Untersuchungen einführt. Sie dürfte eine der ersten Surveys sein, der sich der Beurteilung der Notwendigkeit von Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitseinrichtungen durch Laien widmet. Diese Fragestellung, die heute eine Wiederbelebung erfährt, und ihre Grundlage einerseits in der Humanisierungsdebatte des Gesundheitswesens, andererseits in der Kostendämpfungsdebatte hat, wurde von Gordon zwar noch unter dem Vorzeichen der Validierung von Parsons' Rollentheorie iniiziert. In ihren Ergebnissen antizipiert sie jedoch teilweise eine heute bereits vollzogene 'Versozialwissenschaftlichung' der Medizin, die sich in Maßnahmen wie der Aufnahme der sozialwissenschaftlichen Fächer in den medizinischen Fächerkanon (Gegenstandskatalog) manifestiert hat.

5.2 KONFLIKTHEORETISCHE ERKLÄRUNGEN DER AP-INTERAKTION

Neben der Anwendung des Rollenparadigmas durch Parsons haben sich auch Ansätze entwickelt, die Rollenkonflikte zum Ausgangspunkt ihrer Betrachtungen machen. Einen in der sozialpolitischen Ordnung der AP-Beziehung begründeten Rollenkonflikt leitet Von Ferber (1975) aus ihrer ökonomisch-historischen Entwicklung ab. Der die Industriearbeiter behandelnde Arzt hatte drei soziale Rollen auszuüben: die des behandelnden Arztes, die des Sachverständigen gegenüber der Krankenkasse und die des Sachverständigen gegenüber dem Arbeitgeber.

In allen drei Rollen liegen jedoch Widersprüche zu den Erwartungen der Krankenversicherten begründet. Aus der Perspektive des Versicherten vertritt nämlich der Arzt, indem er den Kranken behandelt, auch die Interessen der Solidargemeinschaft in Form der Krankenkasse an einer Niedrighaltung der Ausgaben und die Interessen der Arbeitgeberschaft an einem niedrigen Krankenstand der Belegschaft, um eine hohe Rentabilität zu erzielen. Während der Arzt für die erste Rolle ausgebildet wird, übt er die beiden anderen Rollen als Autodidakt oder aufgrund seiner Lebenserfahrung aus.

Für den Patienten, der zunächst ein unmittelbares Interesse an der Instandsetzung seiner Gesundheit hat, und der an Kostenrentabilität weder der Krankenkasse noch des Arbeitgebers unmittelbar im Krankheitsfall interessiert ist, bedingen diese Rollen des Arztes einen potentiellen Konflikt mit dem Patienteninteresse an der Wiederherstellung seiner Gesundheit bzw. seiner Arbeitsfähigkeit. Das Interesse an der Rehabilitation impliziert bei bestimmten Erkrankungen die Notwendigkeit der Freistellung von der Pflicht der Arbeitsausübung und der Gewährung eines Lohnersatzes in Form von Krankengeld, um die Zeit der Krankheit ohne ökonomischen Schaden überbrücken zu können. Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben jedoch Interesse an der Begrenzung ihrer Ausgaben ebenso wie der Arbeitgeber ein Interesse am möglichst effektiven Arbeitseinsatz seiner Arbeitnehmer hat.

Von Ferber sieht also tendenziell einen Konflikt in der AP-Interaktion angelegt, da die Interessen von Patient und Arzt von ihrer sozialökonomischen Funktion her auseinanderlaufen.

Der Bereich der AP-Beziehung ist also einerseits Resultat von historisch entwickelten Gesundheitssystemfunktionen und andererseits Ausgangspunkt für ein mögliches sozialpolitisches Konfliktfeld, da die dem Arzt übertragenen Aufgaben

nicht mit den Erwartungen der Patienten kongruent sein müssen. Die tendenzielle Inkongruenz zwischen den gesellschaftspolitischen Aufgaben der Ärzteschaft und den Erwartungen der Patientenschaft können sich in einem Unterschied zwischen den Bedürfnissen der Patienten und deren Einschätzung der Behandlungsrealität spiegeln. Hieraus ergibt sich eine ambivalente Aufnahmebereitschaft für medizinische Therapie und Gesundheitseinrichtungen und daraus folgend möglicherweise ambivalente Erwartungsstrukturen, die als Widerspruch zwischen Wunsch und Erwartung vorfindbar sind.

Diese Ambivalenz spiegelt das Verhältnis der Realerwartungen des Patienten zu den aus individuellen Krankheitskonzeptionen entspringenden Wunscherwartungen wider und äußert sich in einer von individuellen und soziostrukturellen Variablen mitbedingten Variabilität des Krankheitsverhaltens.

Der Unterschied zwischen der sogenannten Real- und Wunscherwartung wird im empirischen Teil dieser Arbeit noch näher behandelt werden. In widersprüchlichen Erwartungshaltungen der Patienten in diesen beiden Dimensionen können möglicherweise Unterschiede oder Widersprüche zwischen Patientenwünschen anhand ihres Laienverständnisses von Krankheit und der Realerwartung anhand ihres Verständnisses der konkreten Behandlungssituation in einer konkreten gesundheitspolitischen Situation aufgedeckt werden.

5.3 DIE PHÄNOMENOLOGISCHE KRITIK AN DER ROLLENTHEORIE

Durch die Dominanz des rollenthoretischen Krankheitskonzepts von Talcott Parsons wurden in der medizinischen Soziologie vor allem die funktionalen Aspekte von menschlichem Verhalten im Zusammenhang mit Krankheit untersucht.

Eine dem rollentheoretischen Paradigma widersprechende Position wird von der amerikanischen Wissenssoziologie aufgezeigt. Sie bezieht das Feld des alltäglichen Wissens und Verständnisses von Krankheit und Gesundheit in ihre Forschung ein und kritisiert die bisherige Forschungspraxis als einseitig an der medizinischen Professionalität orientiert.

5.3.1 Der Doppelcharakter von Krankheit in der Phänomenologie

Idler (1979) fordert für die medizinische Soziologie deshalb eine Neuorientierung unter den Leitlinien einer phänomenologischen Konzeption, die mit der Analyse von Krankheit am Alltagserleben und Alltagsbewusstsein von Krankheit ansetzt. Die Relevanz des Verständnisses von individuellem Krankheitserleben wird durch die vergleichenden Studien der Kulturanthropologie deutlich. Kulturelle Unterschiede wurden in folgenden Bereichen vorgefunden:

Krankheitsätiologie

Krankheitsklassifikation

Krankheitserleben (Symptomwahrnehmung, Schmerztoleranz)

Krankheitsdiagnose

Behandlungs- und Heilungsstrategien

In engem Zusammenhang mit der Forderung nach Erfassung der subjektiven Seite von Krankheit steht die bereits erwähnte Doppelbedeutung des deutschen Begriffs der Krankheit, der im englischen durch die beiden Begriffe 'illness' und 'disease' zum Ausdruck kommt. Diese Unterscheidung wurde bereits

untersucht, soll jedoch wegen ihrer Bedeutung für den phänomenologischen Standpunkt nochmals aufgegriffen werden.

Der Begriff der 'disease' meint hierbei die medizinische Konzeption und Kategorie von Krankheit als Disfunktionalität des biologischen Organismus. Idler (1979, S.723) beschreibt

"'disease' als abstrakte biomedizinische Konzeption von pathologischen Abnormitäten im menschlichen Körper. 'Diseases' werden von bestimmten abnormalen Zeichen und Symptomen angezeigt, die nach klinischen Standards der Normalität beobachtet, gemessen, aufgezeichnet, klassifiziert und analysiert werden können. Diese physiologische Definition von Krankheit mag für die biologische und medizinische Forschung nützlich sein; für die Sozialforschung ist sie jedoch inadäquat. 'Illness', das menschliche Erleben von Krankheit ist ein explizit soziales Phänomen mit sowohl objektiver als auch subjektiver Realität. Das Krankheitserleben beinhaltet sowohl Verhaltensänderungen als auch das Gefühl der Krankheit, wobei beides eng mit dem sozialen Kontext der Person verknüpft ist." (*)

'Illness' meint also den Begriff der Krankheit im Sinne von subjektiver Erfahrung und beinhaltet sowohl das gefühlsmäßige Erleben von Krankheit als auch damit verbundenen Verhaltensänderungen. Rosemeier (1981a) verdeutlicht diese Unterscheidung in der deutschen Sprache durch eine Differenzierung des Krankheitsbegriff nach Krankheit und Krank-sein.

Der Unterschied der beiden Begriffe wird auch dann deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß Krankheit ohne Leiden - also ohne subjektive Beeinträchtigung - möglich ist. Viele

????????????????

(*) Übersetzung sinngemäß vom Verfasser

Krankheiten verlaufen, ohne daß der Patient sie wahrnimmt, etwa die Herausbildung einer Geschwulst im Anfangsstadium oder Hypertonie. Umgekehrt ist Leiden ohne objektivierbare physiologische Veränderung anzutreffen, wie beispielsweise ein Gefühl der Niedergeschlagenheit ohne physiologisch objektivierbaren Befund oder wie es durch die Typisierung des 'Hypochonders' bekannt wurde.

Idler kritisiert nun die herkömmlichen medizinsoziologischen Positionen von Parsons, Mechanic und Freidson, da sie nicht die phänomenologische Dimension von Krankheit in ihre Analysen einbeziehen. Zunächst zu Parsons:

Parsons' Elemente der Kranken- und Arztrolle betreffen, wie bereits gezeigt, vor allem ihre soziale Funktionalität. Sie basieren auf den grundlegenden Konzepten des sozialen Systems und der Abweichung, woraus Krankheit dann ihre Bedeutung als deviantes Verhalten bezieht. Krankheit verunmöglicht für Parsons die effektive Ausübung von sozialen Rollen, woraus ein natürliches Interesse der Gesellschaft an der Minimierung von Kranksein resultiert. Um legitim zu werden, muß sich die Krankenrolle in eine Patientenrolle verwandeln.

Da die Entlassung aus den alltäglichen Rollenverpflichtungen ein starker Antrieb ist, sich in die Krankheit zu flüchten, wehrt sich die Gesellschaft durch Sanktionierung der Krankenrolle, um den 'Wert' Gesundheit zu bewahren. Die Gesellschaft erlegt dem Individuum mit der Gewährung der Krankenrolle die Verpflichtung auf, sich fachmännische Hilfe, im allgemeinen in der medizinischen Profession, zu suchen. Der Arzt hat dabei die verantwortliche Rolle der Legitimation des Krankseins zu erfüllen.

Idler bemerkt nun, daß Parsons mit seinem Interesse an Funktionalität der Individuen für die Gesellschaft als 'gesunde' funktionale 'Rollenausüßer' das Kranksein in eine Art 'Konspirativität' verwandelt, und vor allem die Kontroll-

funktionen der medizinischen Profession betont. Die Ärzte rechtfertigen bei Beginn der Erkrankung das Aufnehmen der Krankenrolle, legitimieren ihre Fortsetzung durch Krankenschreibung und erlauben den Aufenthalt im Krankenhaus. Hinter dieser Betonung der Notwendigkeit von permittierenden und sanktionierenden Maßnahmen durch die institutionalisierte Medizin vermutet Idler die Angst Parsons' vor Desozialisation und damit mangelndes Rollenerfüllungspotential durch Krankheit.

Mechanic (1972, 1978, 1981) hatte das Rollenkonzept Parsons' erweitert, um individuelle Differenzen im Krankheitsverhalten berücksichtigen und interpretieren zu können. Er führte damit maßgebend die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen individuellem Krankheitsverhalten und soziodemographischen Bedingungen in die Diskussion ein. Dies galt lange Zeit als eigentlicher Beitrag der Medizinsoziologie zu dieser Thematik.

Die Krankenrolle und deren Übernahme wird dabei also im Hinblick auf statistische bzw. funktionale Zusammenhänge mit individuellen und soziostrukturellen Merkmalen untersucht. Das 'Soziale' der Krankheit liegt jedoch auch für Mechanic in Verhaltensänderungen und medizinischer Legitimation.

Freidson (1961) hatte zwar klar nach einem sozialen und biophysischen Anteil von Krankheit unterschieden, begrenzte aber Kranksein auf eine Bedeutung, die einem Verhalten zugeschrieben wird und hielt den Begriff des Krankseins als deviantes Verhalten aufrecht. Das 'soziale' der Krankheit liegt also bei Freidson weniger in der subjektiven Verarbeitung körperlicher und emotionaler Zustände, sondern vor allem in den Reaktionen der Umgebung auf den Kranken.

Was Freidson 'soziale Bedeutung von Krankheit' nennt, ist also nach wissenssoziologischer Auffassung eher 'die soziale Bedeutung der Krankenrolle'. Dementsprechend gewinnen in Freidsons Konzept auch die Prozesse der etikettierenden

Interaktion in der Auseinandersetzung mit Patienten an Bedeutung. Im Unterschied zu Parsons werden die Entstehungsbedingungen von normativen Erwartungen oder Interpretationen hinterfragt. Die Bedeutung von Krankheit liegt also demnach einerseits in der Reaktion der Umgebung auf sie, andererseits in den Prozessen, die diesen Reaktionen zugrundeliegen.

Idler faßt nun die Kritik an der den drei angeführten medizinsoziologischen Konzepten wie folgt zusammen:

Die Beschränkung der Definition von Krankheit auf medizinische Kriterien schränkt die sozialwissenschaftlichen Forschungsmöglichkeiten theoretisch und praktisch ein.

Parsons, Mechanic und Freidson haben die funktionale Definition von Krankheit des medizinischen Krankheitskonzepts übernommen (Priorität der biologischen Tatsachen von Krankheit, Funktionalität der Krankheit für das Sozialsystem) und nur durch Verlagerung der Betrachtungsweise von den biologisch-organischen Zuständen auf Verhaltensformen modifiziert.

Das Konzept der Krankenrolle reifiziert das 'Disease-Konzept', also die organisch-biologische Verstehensweise von Erkrankungen.

Die biologische Konzeption von Krankheit beinhaltet, daß immer nur die Wirkungen, nicht jedoch die sozialen Ursachen von Krankheit untersucht werden.

Das Problem menschlicher Krankheit wurde bisher immer nur im Zusammenhang mit und in Bezug auf die medizinische Profession untersucht. Damit wurden die subjektive Realität von Gesundsein und Kranksein und die eigentlich ursprünglichen Laienkonzeptionen und Laienpraktiken ausgeklammert.

Alle drei Ansätze unterstellen also in ihren Ausführungen einen objektiven Charakter von Krankheit, der entweder im medizinischen Krankheitsbegriff oder in der Zuschreibung der Krankenrolle liegt.

Die wissenssoziologische Quintessenz dieser Kritik, und damit die positive Alternative des phänomenologischen Ansatzes liegt nun darin, die individuelle Interpretation der Erkrankungssituation mit ihren subjektiven und objektiven Bedingungen durch den Patienten als Grundlage des Verständnisses von Krankheit zu betonen.

Als Beleg für die relative Bedeutungslosigkeit von 'objektiven Merkmalen' führt Idler eine epidemiologische Längsschnittuntersuchung von Hinkle/Wolff (1958) an, die Krankheitsepisoden bei 3000 Personen nach Häufigkeit, Intensität und Lebensbedingungen untersuchte. Die Autoren fanden heraus, daß sich verschiedene Morbiditätsgruppen nicht nach den sogenannten objektiven soziostrukturellen Daten unterschieden. Es konnte also kein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und den klassischen Sozialmerkmalen gefunden werden.

Für die phänomenologische Interpretation von Krankheit leitet Idler daraus drei Folgerungen ab (S.726 f.)

Wenn die Differenzen in der Morbidität nicht durch soziostrukturelle Merkmale bedingt sind, lassen sie sich nur durch eine unterschiedliche individuelle Empfänglichkeit oder Empfindlichkeit für Kranksein zu verschiedenen Episoden der individuellen Lebensgeschichten erklären.

Episoden von leichteren oder schwereren Erkrankungen neigen dazu, innerhalb der individuellen Lebensgeschichte 'Cluster' zu bilden, was ebenfalls auf Phasen unterschiedlicher Empfänglichkeit hindeutet.

Der Schlüsselfaktor, der die unterschiedliche Morbiditätsverteilung in der Population erklärt, ist nach Meinung der Autoren die individuelle Interpretation der eigenen Lebenssituation. Für diese Annahme spricht auch die Beobachtung, daß Krankheitsepisoden da gehäuft auftreten, wo die Individuen ihr Leben als unbefriedigend, überfordernd oder bedrohlich empfanden.

Die subjektive Realität, die sich aus subjektivem Körperempfinden und Krankheitskonzept zusammensetzt, bedingt die Empfänglichkeit gegenüber Krankheiten und ist damit die entscheidende Bedingung für Morbidität.

Zusammenfassend läßt sich die phänomenologische Kritik an der Rollenkonzeption von Krankheit wie folgt zusammenfassen:

Die funktionale Definition von Krankheit durch Parsons hat weitgehend die sozialwissenschaftliche Erforschung von Kranksein bestimmt und die medizinische Soziologie hat sich im Verlauf dieser Forschung vor allem auf die sozialen Konsequenzen des Krankseins als medizinisch definiertem Phänomen konzentriert. Die Soziologen haben dabei eine medizinische Definition des Krankseins als ihre eigene adaptiert. Die theoretische Beschränkung auf die biomedizinische 'objektive' Grundlage der Definition und die praktische Beschränkung von Kranksein auf den Bereich des durch die medizinische Profession legitimierten Verhaltens haben zwei Felder sozialer Realität ausgeschlossen: Die subjektive Bedeutung der Krankheit und die Laienaktivitäten zu Gesundheit und Krankheit.

5.3.2 Konsequenz der Kritik: Betonung des Erlebensaspekts

Was Idler nun fordert, ist die Erschließung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens für phänomenologische Fragestel-

lungen: Anstatt das Verhalten unter dem Aspekt der Rollenerfüllung zu untersuchen, soll die Erfahrung der Individuen Ausgangspunkt der wissenschaftlichen Betrachtung sein. Nicht wie bisher üblich von Krankheit ausgehend auf Gesundheit zu schließen, sondern umgekehrt vom Alltagserleben und von Alltagsvorstellungen von Gesundheit ausgehend das alltägliche Entstehen und Bewältigen von Kranksein zu analysieren, sei eine angemessene sozialwissenschaftliche Untersuchungsperspektive.

Als Einstieg in eine derartige Analyse empfiehlt Idler die wissenssoziologische Perspektive von Alfred Schütz. Dieser beschäftigt sich mit den alltäglichen Bewußtseinszuständen der 'Selbstverständlichkeit' und der Gerichtetheit der Aufmerksamkeit nach innen oder außen in den verschiedenen Lebensbereichen. Diese subjektiven Welten lassen sich in der Sphäre der Alltäglichkeit, also vor allem der Arbeitswelt und Familie auffinden. Jede dieser Welten verfügt über einen eigenen kognitiven Stil, der durch eine bestimmte Erlebnisqualität auf den Dimensionen Bewußtheit, Aufmerksamkeitslenkung nach innen oder außen, Selbsterfahrung und Spontanität, Soziabilität, Körpernähe und Zeitgefühl.

Diese Dimensionen erhalten durch das Erleben von organischen Abweichungen eine andere Erlebnisqualität. So wird beispielsweise die Aufmerksamkeit von der Außenwelt auf körperliche Prozesse gelenkt, der Körper wird als 'näher' erfahren und die Zeit erscheint subjektiv länger.

5.3.3 Die Phänomenologie von Sprache in der AP-Interaktion

Besonders geeignet für eine phänomenologische Betrachtungsweise ist der Sprachgebrauch in der AP-Interaktion, da dort sehr unterschiedliche Lebenswelten aufeinandertreffen. Der Versuch, die subjektive Erlebniswelt der Krankheit

begrifflich in Kategorien zu fassen, erfordert einen metaphorischen Gebrauch der Sprache, also einen Rückgriff auf die Begrifflichkeit der dinglichen Welt. Eine phänomenologische Betrachtung der Krankheit, also des subjektiven Krankseins, ist intersubjektiv nur in aus der sonstigen Erfahrungswelt entnommenen konkreten Kategorien möglich.

Das Problem der intersubjektiven Vermittlung von Krankheitszuständen wird deutlich, wenn man versuchen will, ein Schmerzerlebnis zu schildern. Auf die Frage: 'Wie war der Schmerz?' bei einer ärztlichen Untersuchung werden die Patienten ihre Antworten über Vergleiche mit der gegenständlichen Außenwelt ableiten. Schmerzen werden als stechend, bohrend, dumpf, spitz, pulsierend usw. beschrieben, also über Begriffe, die dem sensorischen Erfahrungsbereich von Außenweltreizen entnommen sind.

Der kognitive Stil der Erlebniswelt 'Krankheit' ist also durch Erlebnisdimensionen gekennzeichnet, die ihre Inhalte aus Vergleichen mit der alltäglichen Erfahrung der gegenständlichen Welt beziehen. Das Erleben des eigenen Körpers verliert durch die Erfahrung von Krankheit die Qualität der Selbstverständlichkeit, die Aufmerksamkeit des Subjekts wird auf es selbst gerichtet und mit dem Mittel des metaphorischen Sprachgebrauchs werden die Erlebnisinhalte des Krankseins reflektiert.

Wenn die Patienten zur Beschreibung ihres gesundheitlichen Befindens also auf Begriffe ihrer alltäglichen Erfahrungswelt verwiesen sind, führen unterschiedliche Erfahrungswelten zu einer unterschiedlichen intersubjektiven Vermittlung von Krankheiten. Diese Unterschiedlichkeit ist nun beispielsweise für die AP-Interaktion von Bedeutung, da man davon ausgehen kann, daß sich die Begriffskategorien zur Darstellung von Subjektivität durch die individuelle Lebensgeschichte vermittelt, allgemein gefaßt also schichtspezifisch herausbilden.

Dieser Aspekt wurde beispielsweise intensiv durch die Sozialisationsforschung untersucht, die von schichtspezifisch unterschiedlichen 'elaborierten' oder 'restringierten' Sprachformen ausging.

Die Verständlichkeit oder Vermittelbarkeit von subjektiven Erlebnisprozessen ist von der Erfahrungswelt, dem daraus hervorgegangenen Begriffsnetz und auf der Sprachebene dem Vokabular der Interaktionspartner abhängig. Ärzte gehören der Oberschicht an und verfügen durch ihre spezifische Professionalisierung über ein außergewöhnlich elaboriertes Begriffssystem, zumindest im medizinischen Bereich.

In der medizinischen Praxis treffen also verschiedene Erlebniswelten aufeinander, die ihre Verlaufsformen in den Mechanismen und Inhalten der AP-Interaktion finden.

Für die alltäglichen Formen des Erlebens von Krankheit (im Unterschied zum professionellen Fremderleben) nimmt die phänomenologische Analyse einen spezifischen Gesundheitsbegriff an. Als 'gesund' gilt nach phänomenologischem Verständnis ein körperliches oder emotionales Befinden, das subjektiv als selbstverständlich gilt und kein Lenken der Aufmerksamkeit nach innen erfordert.

Indem Schütz die 'Erlebniswelt des Krankseins' als Durchbrechung einer Sphäre der 'Selbstverständlichkeit' ansieht, vertritt er ähnlich wie Parsons', jedoch aus ganz anderer erkenntnistheoretischer Position, einen normativen Krankheitsbegriff. Betrachtet man die Inhalte der 'selbstverständlichen Alltagswelt', wie sie Schütz versteht, wird deutlich, daß die Funktionalität der Gesundheit für das Arbeitsleben eine wesentliche Rolle für seine Bestimmung von Kranksein liefert. "Full attention to the world of working is prevented by the constant preoccupations of attention to the body, its aches and its pains." (nach Idler 1979, S.727 f.).

5.3.4 Gemeinsamkeiten von Rollenparadigma und phänomenologischer Position

In der phänomenologischen Betrachtung von Krankheit wird also Kranksein nicht positiv bestimmt, sondern als Abwesenheit von für Aktivität funktionaler Gesundheit definiert. Diese für das Arbeitsleben funktionale Gesundheit wird durch die oben aufgezählten psychischen Funktionen beschrieben. Kranksein ist somit phänomenologisch betrachtet eine spezifische Konstellation psychischer Prozesse, also in diesem Sinne ebenfalls eine Abweichung von einer Norm von psychischer Gesundheit.

Während also Parsons das Individuum als Element des sozialen Systems zur Funktionalität mit dem Mittel der Gesundheit verpflichtet sieht, also von der Idealvorstellung eines funktionstüchtigen Sozialsystem ausgeht, nimmt Schütz die Idealvorstellung einer funktionsfähigen Psyche zum Ausgangspunkt. Die Krankheit im Sinne von Parsons verhindert also das individuelle Funktionieren für die Gesellschaft, das Kranksein im Sinne von Schütz verhindert psychische Funktionen, die für die Identitätsfindung des Individuums und seinen Bezug zur Außenwelt von Bedeutung sind.

Während Parsons noch den allgemeinen Standpunkt einer funktionsfähigen Gesellschaft vertritt, betont Schütz die Momente der Funktionstüchtigkeit von psychischen Mechanismen für das Individuum und verschiebt die Perspektive der Betrachtung von den Mechanismen der Rollenanforderungen auf die subjektiven Erlebnisprozesse. Man könnte dies auch vereinfacht als 'eher psychologische' Betrachtungsweise bezeichnen.

Diese 'psychologisierende' und damit im gleichen Sinne einseitige Betrachtungsweise wie die 'biologische' geht davon aus, daß Krankheit sich auf ihr Erleben reduziert. Problematisch ist hierbei die Trennung der subjektiven Prozesse in

der Verarbeitung von Krankheit von ihren gesellschaftlichen Voraussetzungen. Indem die Reaktion auf bestimmte körperliche Prozesse als durch Individualität bedingt begriffen wird, liegt der Schluß auf ein mehr oder weniger starkes Ausgeprägtsein individueller Merkmale, also das Vorhandensein von 'Eigenschaften' als Grund für die spezifischen Reaktionen nahe. Begriffe wie Empfindlichkeit, Empfänglichkeit, Klagsamkeit, Wehleidigkeit oder Schmerztoleranz sind Ausdruck einer Konzeption von Krankheit, die das Erleben von Krankheit ausschließlich als Funktion von individuellen Merkmalen begreift.

Dabei ist der Erklärungswert derartiger Konstrukte fraglich, da sie nicht die Zusammenhänge von Verhalten und Erleben untereinander auf der einen Seite und Individuum - Umwelt auf der anderen Seite erklären können, sondern das zu Erklärende als Erklärung ausgeben. Der methodische Algorithmus solcher Tautologien liegt darin, einen Verhaltensprozeß zu reifizieren und ihn mit dem Ergebnis der Reifikation, einer Eigenschaft, die das Verhalten bedingt, erklären will. Dimensionen der Klagsamkeit, Verwundbarkeit, Empfindlichkeit usw. werden auf diese Weise für empirische Untersuchungen vorstrukturiert und wenn nicht quantitativ, so zumindest qualitativ verifiziert.

Zusammenfassend läßt sich die phänomenologische Kritik an der Rollentheorie als Versuch bewerten, die in der Rollentheorie vernachlässigte Subjektivität des Kranken in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu stellen. Dabei unterliegt sie jedoch der Versuchung, die Erklärung von Abläufen im alltäglichen Bereich des Krankseins auf das individuelle Erleben zu reduzieren und Prozesse außerhalb der subjektiven Informationsverarbeitung, Interaktionseffekte und Entwicklungsaspekte von Individualität zu vernachlässigen.

5.4 MODELLE DER OPTIMIERUNG DER AP-INTERAKTION

Man kann sich darauf beschränken, zu untersuchen, welche konkreten Prozesse in der AP-Interaktion ablaufen. Man kann jedoch auch zusätzlich zu diesen Analysen ein Modell konstruieren, in dem die effektivste Form von Interaktion unter Zugrundelegung einer bestimmten Ziel- oder Zweckdefinition postuliert wird.

Bei dieser Kategorie von Modellen werden Zielvorstellungen der AP-Interaktion definiert und ihre Erfüllung anhand der Variation von spezifischen Randbedingungen auf Patienten- und Arztseite untersucht. Offenheit, Informiertheit oder Freundlichkeit sind Beispiele für diese Zielvorstellungen. Die Einschätzung des Arztes durch den Patienten, die kommunikativen Fähigkeiten des Arztes oder die Schichtzugehörigkeit des Patienten sind Beispiele von Bedingungen der Erreichung dieser Ziele.

5.4.1 Ratschläge zur Verbesserung der AP-Interaktion

In der populärwissenschaftlichen Literatur und in Gesundheitszeitschriften werden häufig Ratschläge erteilt, wie man sich als Patient beim Arzt am besten benimmt, wie man seine Symptome schildern oder welche Probleme man wie vortragen soll. Auf der anderen Seite erhalten Ärzte in Verbands- und Fachzeitschriften Tips, wie sie die Kommunikation zu ihren Patienten verbessern können.

Diese Ratschläge lassen sich kategorisieren nach der psychologischen Herkunft (z.B. psychoanalytische, gesprächstherapeutische, verhaltenstherapeutische Richtung etc.), nach der Intention der Ratschläge (Verbesserung der Kommunikation, Erhöhung des Umsatzes, Erprobung einer

Gesprächsstrategie etc.) und nach der Herkunft (Fach-, Verbandszeitschrift oder Kollegen, Therapeuten etc.). Beispielsweise gibt eine australische medizinische Fachzeitschrift ihren ärztlichen Lesern 18 Tips, wie sie die Kommunikation zum Patienten verbessern können (Achtzehn Tips... 1978). Die Ratschläge verstehen sich als pragmatische Hilfestellung zur inhaltlichen und formalen Effektivierung der AP-Interaktion.

Die wichtigsten Vorschläge lauten zusammengefaßt:

Keine unnötigen Fachausdrücke

Keine Arztmonologe

Keine Etikettierungen mit Diagnosekategorien

Es ist notwendig für die nonverbalen Signale des Patienten offen zu sein

Patienten ausreden lassen und keine zu langen Beratungen

Reflexion der eigenen Gefühle gegenüber dem Patienten

5.4.2 AP-Interaktion als Informationsprozeß

Eine ausführlichere Darstellung von Bedingungen einer Optimierung der AP-Interaktion geben Mentzer und Synder (1982). Anhand eines Beispiels der ärztlichen Konsultation eines Patienten, der an Müdigkeit und Niedergeschlagenheit leidet, wird aufgezeigt, welche Bedeutung und Problematik die medizinische Anamnese beinhaltet. Die Autoren verstehen die Anamnese als formalisierten Evaluationsprozeß, durch den der Arzt versucht, die diagnostische Unsicherheit zu minimieren. Wenn man unterstellt, daß der Arzt eine bestimmte Anzahl von

Diagnosen zur Verfügung hat, kann man den diagnostischen Prozeß als sukzessive Selektion von Diagnosen durch Ausschluß aus dem möglichen Spektrum mit dem Mittel der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und Laboruntersuchungen ansehen.

Da 75% der Diagnosen auf der Basis der Anamnese erstellt werden, erscheint es den Autoren besonders wichtig, die in der Anamnese ablaufenden psychologischen Prozesse zu untersuchen, da diese Prozesse Bedingungen des Informationsgewinns des Arztes sind. Das Problem einer Effektivierung der AP-Interaktion wird also in diesem Zusammenhang als Problem der Optimierung des Informationsgewinns des Arztes betrachtet. Für sieben postulierte psychologische Prozesse, die in der AP-Interaktion ablaufen, werden empirische Ergebnisse und Ratschläge zur optimalen Gestaltung dieser Mechanismen von ärztlicher Seite gegeben.

5.4.3 Kriterien der Interaktionsoptimierung

Die wichtigsten Prozesse in der AP-Interaktion liegen nach Vorstellung der Autoren in der Selbst-Enthüllung des Patienten und in seinen verbalen Mitteilungen. Da der Arzt aufgrund der Hauptbeschwerde die für die weitere Anamnese und Diagnose ausschlaggebenden Hypothesen bildet, ist die Identifikation dieses 'signifikanten Problems' ein Schlüsselmoment und gleichzeitig eine Gefahrenquelle im diagnostischen Prozeß. Eine Fehlerquelle kann in einer vor-eiligen Festlegung des Hauptsymptoms liegen, wenn der Arzt übersieht, daß das Hauptsymptom durch psychologische Verdeckungsmechanismen beim Patienten (z.B. durch die Angst, sexuelle Problem anzusprechen) versteckt bleibt.

5.4.3.1 Kooperativität

Eine wichtige Bedingung für eine Optimierung der Informiertheit des Arztes über die Beschwerden des Patienten scheint in der Einschätzung der Kooperativität des Arztes durch den Patienten zu liegen. Die Bedeutung der Qualität der AP-Interaktion als Bedingung für die Kooperativität und Zufriedenheit der Patienten wird durch eine Untersuchung von Francis et al. (1969) verdeutlicht. In einer pädiatrischen Studie fanden sie eine umso geringere Kooperationsbereitschaft der Mütter mit dem Kinderarzt, je mehr die Mütter glaubten, daß der Arzt ihr Anliegen nicht verstand und je mehr sie glaubten daß der Arzt geschäftsmäßig ('businesslike') handelte. Je mehr die Mütter mit dem Arzt zufrieden waren, desto höher war ihre Kooperativität.

5.4.3.2 Positive Arzteigenschaften

Alpert (1964) untersuchte den Zusammenhang zwischen dem Zuspätkommen von Patienten zu einer Konsultation und ihrem Arztbild. Es zeigte sich, daß von den 'Zuspätkommern' nur 63 Prozent das Gefühl hatten, einen Arzt gefunden zu haben, bei dem sie sich aussprechen konnten. Bei der Kontrollgruppe waren es 79 Prozent. Davis (1964) fand eine Verbesserung der AP-Interaktion, wenn die Ärzte sich um ein Feedback ihrer Informationen von Patientenseite kümmerten und umgekehrt. Korsch et al. (1968) untersuchten den Zusammenhang zwischen der AP-Interaktion und den kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte. Sie konnten durch Patienteninterviews mehrere Arzteigenschaften oder -verhaltensweisen identifizieren, die für die Entwicklung der AP-Beziehung relevant sind:

Wärme und Freundlichkeit

Klare Aussagen zu Diagnose und Erkrankung

Erkennen der Patientenbelange und -erwartungen

Ebenso wie die Mitteilung von Patient zu Arzt ist für die Offenheit der Interaktionssituation die Mitteilung des Arztes an den Patienten von Bedeutung. Bekanntheit erhielt diese Problematik durch die öffentliche Diskussion, ob es für den Patienten hilfreich sei, ihm im Falle einer Krebserkrankung die Diagnose mitzuteilen. Tesser et al. (1973) bemerken hierzu, daß die Patienten sich häufig über unangenehme Diagnosen beunruhigen und viele Ärzte hieraus den Schluß ziehen, daß die Patienten eine unangenehme Diagnose nicht wissen wollen. Die Autoren interpretieren diesen Schluß als Verwechslung des Wunsches des Patienten, die unangenehme Krankheit nicht zu haben, mit dem Wunsch darüber nicht informiert zu werden. Metzner et al. (1979) verweisen auf Laborstudien, die im Gegenteil belegen, daß Patienten über unsichere Ergebnisse informiert werden wollen, seien sie nun positiv oder negativ, angenehm oder unangenehm. Blumenfield et al. (1979) berichten, daß 80 Prozent der Patienten über die Diagnose informiert werden möchten, auch wenn die Krankheit lebensbedrohend wäre.

5.4.3.3 Offenheit des Patienten

Ein Mechanismus, der die Offenheit des Patienten einschränken kann, ist seine Vorstellung vom 'idealen' oder 'guten Patienten'. Das Sozialprestige des Arztes und seine gesellschaftlich anerkannte Machtstellung können dazu führen, daß der Patient mit einer 'eingeschüchterten' Einstellung dem Arzt gegenübertritt, und deshalb aus Angst, den Arzt zu stören oder ihm Zeit zu stehlen, keine Fragen stellt oder auf eine ausführliche Darstellung seiner Probleme verzichtet. Die Absicht, das eigene Verhalten und die

Selbstdarstellung an einem Ideal von gutem Patienten zu messen und auszurichten widerspricht oft der aktuellen Befindlichkeit und Interessenlage. Diese Diskrepanz zwischen Ideal-Ich und realen Darstellungskompetenzen auf der kognitiven Ebene löst dann häufig auf der körperlichen Ebene Angstreaktionen wie Schwitzen, erhöhter Blutdruck oder Herzklopfen bis hin zu Stottern aus, die dann durch Rückkopplung verstärkend auf die antizipierte Angst wirken. Die Angst, bei der Darstellung seiner Probleme einen schlechten Eindruck zu machen oder zu versagen, führt beim Patienten zu autonomen Reaktionen, deren Wahrnehmung wiederum verstärkend auf die Angst wirken kann. Verbale Kommunikation wird vom Patienten von vornherein als störend antizipiert, was sich umso stärker auswirkt, je mehr die kommunikativen Kompetenzen zwischen Arzt und Patienten divergieren. Leigh und Reiser (1980) vermuten deshalb, daß sich diese selbstdiskriminierenden Einstellungen vor allem bei Unterschichtpatienten etablieren.

Eine weitere Behinderung einer optimalen offenen Patienteninteraktion kann darin liegen, daß der Patient aufgrund seiner laienhaften Krankheitskonzeption von einer Relevanzhierarchie der Beschwerden ausgeht und für den diagnostischen Prozeß notwendige Informationen wegen ihrer subjektiv gering eingeschätzten Relevanz nicht erwähnt. Dazukommen kann auch das Moment der Ungewöhnlichkeit der Beschwerden, mit der Folge daß der Patient entweder nicht in der Lage ist, die Beschwerden zu verbalisieren oder die Ungewöhnlichkeit der Probleme gegen die Vorstellung des guten Patienten verstößt, vor allem dann, wenn die Beschwerden oder Probleme sozial negativ sanktioniert sind.

Für eine effiziente Anamnese fordern Mentzer und Synder (1982) daher die Berücksichtigung der nonverbalen Signale des Patienten durch Gestik, Mimik und motorischem Verhalten. Jedoch nicht die getrennte Betrachtung der nonverbalen Cues ist für die Validität der Anamnese erforderlich, sondern die Bedeutung von nonverbalen und verbalen Äußerungen ist aus

der Kombination und Wechselwirkung dieser beiden Kommunikationsmomente zu erschließen.

5.4.3.4 Selbstwahrnehmung des Patienten

Wicklund (1974) weist auf die Bedeutung der Selbstwahrnehmung des Patienten hin. Die Empfindung von als unangenehm eingeschätzten Gedanken (Möglichkeit des Todes, Versagen, sexuelle Probleme, Unfähigkeit, Behinderung) steht im Widerspruch zu den Idealvorstellungen von der eigenen physischen und körperlichen Existenz und erscheint dem Patienten unmittelbar als Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die AP-Interaktion ist ein Prozeß, in dessen Verlauf häufig diese angstausslösenden Diskrepanzen auftreten, für die es dann in ihrer Wirksamkeit auf die Offenheit des Patienten und den Informationsgewinn des Arztes verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten gibt. Von den möglichen Bewältigungsformen führt das Vermeiden oder Verdrängen des Problems, indem sich der Patient weigert, den Widerspruch zu thematisieren zu einer Reduzierung der Offenheit der AP-Interaktion und damit der diagnostischen Validität. Die andere Möglichkeit liegt in der Diskrepanzreduktion, wobei es mehrere Möglichkeiten gibt, den Konflikt zu vermindern. Unabhängig von der besonderen Bewältigungsform liegt jedoch die Voraussetzung hierfür im Erkennen des Konflikts, d.h. Verdrängung des Konflikts verhindert seine konstruktive Bewältigung.

5.4.3.5 Informiertheit des Patienten

Die Informiertheit des Patienten scheint sich auf mehrere für den Behandlungserfolg relevante Bedingungen auszuwirken.

Svarstad (1976) fand heraus, daß die Anstrengungen des Arztes, den Patienten zu instruieren und motivieren, positiv mit der Bewertung des Behandlungsplans durch den Patienten korrelieren. Information und Instruktion haben entscheidenden Einfluß auf die Patientenzufriedenheit. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Bertakis (1977), der betont, daß die Patienten umso mehr mit ihrem Arzt zufrieden seien, je mehr sie ihre Behandlung verstünden.

5.4.3.6 Das Gespräch in der AP-Beziehung

Ein Modell zur Analyse von Gesprächen zwischen Arzt und Patient wendet Rellecke (1983) anhand von Konsultationsgesprächen eines Patienten mit seinem Hausarzt an. Der Patient hat starke Schmerzen und erwartet schmerzstillende Injektionen, was jedoch der Arzt im Laufe des Gesprächs ablehnt. Die Besonderheit dieser Gesprächsanalysen liegt darin, daß anhand einer Strukturierung der sogenannten 'Gesprächsäußerungen eine Zielanalyse der beiden Interaktionspositionen durchgeführt wird.

Diese Zielanalysen sollen Konflikte zwischen den Vorstellungen und Handlungsweisen von Arzt und Patient aufzeigen und die Grundlage für Optimierungsmodelle des Gesprächs zwischen Arzt und Patient liefern.

Rellecke fordert, die Durchsetzung der Zielsetzungen des Arztes mittels psychologischer Hilfestellung zu verfolgen und hält eine Optimierung der AP-Interaktion bei einer patientenorientierten Einstellung des Arztes für möglich. Diese Einstellung umschreibt er mit folgenden Wertsetzungen des Arztes:

"Ich will auch die Ziele des Patienten kennen und mitbedenken; der Patient soll meine Entscheidung und die Begründung dafür verstehen; ich will mich

mit dem Patienten einigen; ich will den Patienten überzeugen, daß meine Entscheidung für ihn die beste ist; er soll mit mir und meiner Maßnahme zufrieden sein, und er soll die Behandlung mittragen; ich möchte, daß er Vertrauen zu mir hat und behält und auch zukünftig gern mein Patient bleibt." (ebd. S.157)

Dieses Behandlungsideal beinhaltet auch, den Patienten über seine Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich der kurz- und langfristigen Nebenwirkungen und der Risiken der Medikamente aufzuklären. Der Patient sollte mitüberlegen und mitentscheiden dürfen, wie er in Zukunft weiterleben möchte, ob er Nebenwirkungen von Medikamenten in Kauf nehmen will oder sich mit seinen Schmerzen abfindet.

Wissenschaftstheoretisch gesehen verfolgt Rellecke mit seiner Gesprächsanalyse einen kognitiven Ansatz, da er die Zielsetzungen der Gesprächspartner als entscheidende Faktoren des Gesprächsverlaufs betrachtet. Das Ergebnis des Gesprächs gilt als Resultat des Aushandelns von Zielpositionen, wobei der Arzt als sozial mächtigerer Partner eine dominante Position in der Definition des Zustandes des Patienten und der zu treffenden Maßnahmen einnimmt. Die Methodik, mit der der Arzt seine Ziele verfolgt, hat entscheidende Bedeutung für das Compliance des Patienten, da nur ein Patient, der mit den Zielsetzungen des Arztes einverstanden ist, sich an die Anweisungen halten wird. Die Sprache und Technik des AP-Gesprächs hat damit, wie dies Scheele (1978) ausdrückt, handlungssteuernde Funktion für das weitere Schicksal des Patienten.

Als Interaktionsmuster der ambulanten AP-Beziehung in der Allgemeinpraxis gibt Ahrens (1979) vier Handlungsprinzipien des Arztes an. Sie lassen sich damit zusammenfassen, daß der Arzt die Inhalte und Ergebnisse der Konsultation in stärkerem Maße determiniert als der Patient. Empirische Grundlage dieser Aussagen war die Analyse von Tonbandauf-

zeichnungen von AP-Kontakten und teilnehmende Beobachtung. Da die Untersuchung jedoch nur in drei Praxen stattfand, betont der Autor die Unzulässigkeit einer Verallgemeinerung.

Eine unsymmetrische Verteilung von Äußerungen in AP-Dialogen fand West (1984a,b). Ihr Ziel war, einen empirisch begründeten Vergleich von Fragen und Antworten zwischen Patienten und Hausärzten bei Routinekonsultationen durchzuführen. Sie ging von der Annahme aus, daß Fragen von Patienten in der Arztpraxis im Gespräch eher vernachlässigt werden, was bereits Frankel (1977) untersucht hatte. West fand, daß nur 9 Prozent der Fragen in AP-Dialogen vom Patienten initiiert waren. Im Hinblick auf die AP-Interaktion als Prozeß des Austausches von Informationen kann also vermutet werden, daß zumindest in amerikanischen Arztpraxen der Patient die Fragen des Arztes beantwortet und selbst nur sehr wenige Fragen stellt. Man kann nun daraus folgern, daß der Patient entweder kein Informationsbedürfnis hat, keine Gelegenheit hat Fragen zu stellen, oder aus irgendwelchen Gründen auf Fragen verzichtet.

West fordert im Hinblick auf eine Verbesserung des Informationsflusses, den Patienten im Stellen von Fragen zu schulen und die Ärzte zu mehr Aufgeschlossenheit gegenüber dem Informationsbedürfnis ihrer Patienten zu bewegen. Diese Ergebnisse sind sicher zunächst nur kulturspezifisch validiert. Aufschluß über die Übertragbarkeit dieser Befunde auf deutsche Verhältnisse soll über die Validierung einer entsprechenden Hypothese in dieser Untersuchung gewonnen werden.

Um Hinweise auf ein eventuelles subjektives Informations- oder Äußerungsdefizit des Patienten zu bekommen und mögliche Bedingungen aufzuzeigen, soll in die Erhebung die Frage aufgenommen werden, ob der Patient Gelegenheit hatte, seine Beschwerden vorzutragen und ob er manchmal den Eindruck hatte, nicht zu Wort zu kommen. (Fragen 3,4 Patientenfragebogen II).

5.5 MACHT IN DER AP-INTERAKTION

5.5.1 Definitionspotentiale in der AP-Interaktion

Aufgrund seiner sozialen Position und der ihm zugeschriebenen Heilungskompetenz verfügt der niedergelassene Arzt über ein mächtigeres Definitionspotential hinsichtlich der Entscheidung über Bewertungen und Handlungen in der AP-Interaktion als der Patient. Scheele (1978, S.2) faßt die empirisch im allgemeinen abgesicherten Ergebnisse zur Inkongruenz der AP-Interaktion zusammen:

"..., der Arzt allein ist der gesellschaftlich legitimierte Definitions- und Lösungsexperte im Problembereich Gesundheit - Krankheit - Heilung, der Patient dagegen fungiert als Problemträger und Weisungsgehilfe ärztlicher Lösungsstrategien. Damit wird dem Arzt gegenüber dem Patienten nicht etwa nur eine überlegene Orientierungs- und Innovationskompetenz zugeschrieben (so z.B. in Bereichen der Informationssuche, Hypothesengenerierung, Bereitstellung alternativer Lösungsstrategien), sondern es wird auch ihm auch gleichzeitig eine absolute Kontrollmächtigkeit im Hinblick auf problementscheidende Aspekte (...Informationen, Problemdefinitionen, und Lösungsbewertungen, Auswahl und Anwendung therapeutischer Maßnahmen) zugestanden."

Diese Voraussetzungen können eine asymmetrische Kommunikation in der AP-Interaktion bedingen, da aufgrund des Machtgefälles ein gleichberechtigter Austausch von Informationen, Erwartungen und Bedürfnissen nicht stattfindet.

"Eine solche autokratische Beziehungsstruktur reduziert den Machtbetroffenen um die Möglichkeiten einer aktiven, selbstverantwort-

lichen Teilnahme am Problemlösungsprozess, was schließlich dazu führt, daß ihm die Problemsituation, zu großen Teilen undurchschaubar bleibt bzw. wird." (Scheele 1978 ebd.)

Diesem 'autokratischen' Modell der AP-Interaktion stellt Scheele nun ein Modell 'reflexiv-kommunikativer' Interaktion gegenüber. Grundlage dieses Modells ist ein spezifisches Menschenbild, das den Menschen als potentiell rationales Subjekt mit der Fähigkeit zu sinngebender Selbst- und Welt-sicht, Hypothesengenerierung und -prüfung, planendem Handeln und zu kontrollierender Veränderung von Umwelt begreift.

Als Werte dieses Menschenbildes werden eine bei Arzt und Patient gleichwertige Fähigkeit zu sinngebender Welt- und Selbstsicht postuliert, wobei 'Gesundheit' und 'Krankheit' der Patienten als subjektive Sinnkonstruktion der eigenen Kontrollfähigkeit bzw. -unfähigkeit oder von Kontrollverlust begriffen werden.

Aus diesen Grundannahmen leitet Scheele ein Modell von AP-Interaktion ab, das die Aufgaben des Arztes darin sieht, den Patienten vor Kontrollverlust zu schützen bzw. die subjektive Kontrolle wiederherzustellen. Weitere Kennzeichen einer reflexiv-kommunikativen Interaktion sind nach Scheele die 'Herrschaftsfreiheit und Symmetrie von Kommunikation' und eine konstruktive Nutzung von Sprache.

5.5.2 Funktion der Sprache

Mit dem dem Problem der Funktionalität der Verständigung in der AP-Interaktion stellt sich also die Frage nach dem Medium der Interaktion, also nach der Funktion der Sprache, die von Arzt und Patient verwendet wird. Scheele (1978) geht davon aus, daß als Folge der Nachordnung der

psychischen Dimensionen im traditionellen Krankheitsverständnis die Sprache in der AP-Interaktion eher machtinstrumentelle Funktionen aufweist und beratende, diagnostische und therapeutische Aspekte dahinter zurücktreten.

Scheele sieht also in der Sprache in der AP-Interaktion vor allem ein Instrument des Arztes, dem vier Funktionen zugeschrieben werden:

Vermittlung im Problemaustausch

Revision und Erweiterung der kognitiven Bezugssysteme

Handlungssteuerung im Hinblick auf Veränderung der reflexiven Umweltkontrolle des Patienten

Emotionale und motivationale Versicherung des Patienten

Für den Patienten hat die Sprache vor allem die Funktion der Informationsvermittlung und Problemdarstellung. Im Hinblick auf seine jeweils schichtspezifischen Sprachkompetenzen nimmt er gegenüber dem Arzt meist eine inferiore Position ein.

5.5.3 Autokratisches versus kognitiv-reflexives Handlungsmodell

Ein kognitiv-reflexiv orientiertes Menschenbild unterscheidet sich nun von der sogenannten autokratischen Konzeption durch eine Betonung der kognitiven vor den somatischen Inhalten der Interaktion. In diesem Sinne findet also durch das reflexive Modell eine 'Vermenschlichung' des Patienten statt, da die kognitiven (personbezogenen) Inhalte gegenüber den körperlichen (biologischen) Inhalten bevorzugt werden.

Gleichzeitig spiegelt dieser Unterschied auch die Unterscheidung zwischen dem Patienten als sozialem Wesen mit konkret - individueller Ausformung und dem 'körperlichen' Patienten als Ausdruck einer biologischen Menschennatur wider. Während im kognitiv - reflexiven Modell die Beziehung zwischen Subjekten problematisiert wird, reduziert das 'autokratische Menschenbild den Patienten einseitig zu einem mehr oder weniger funktionierenden Mechanismus, der vom 'Experten repariert' werden soll.

Welche Konsequenzen impliziert nun ein kognitiv - reflexives Interaktionsverständnis für den konkreten Fall der AP-Konsultation? Scheele (1978) weist auf mehrere Handlungskonsequenzen hin:

Realitätsadäquate Informationsgebung durch den Arzt

Berücksichtigung der Verstehensmöglichkeiten und -bedürfnisse des Patienten und Aufbau eines gemeinsamen Bedeutungshorizonts

Permanenter offener Austausch zwischen Arzt und Patient und dadurch kognitive 'Versicherung' des Patienten

Eine die kommunikativen Fähigkeiten des Patienten berücksichtigende Sprachverwendung durch den Arzt ergibt sich also als eine der zentralen Forderungen des kognitiv - reflexiven Handlungsmodells und stimmt damit mit den Konsequenzen anderer Ansätze überein, die ebenfalls eine patientenzentrierte Interaktion als Bedingung der Optimierung der AP-Beziehung fordern.

Das kognitiv - reflexive Modell der AP - Interaktion versteht sich damit nicht als Analyseinstrument von vorfindbaren Interaktionsbedingungen, sondern stellt in sich ein Modell der Optimierung der AP-Interaktion dar. Als Problem dieses Ansatzes bleibt bestehen, daß makrosoziale Bedingungen der Interaktion vernachlässigt bleiben und sozusagen

neben alltäglich ablaufende Prozesse ein Modell einer 'idealen' Interaktion postuliert wird. Positiv kann festgehalten werden, daß durch Anregungen zur Ermöglichung eines besseren Verständnisses der Patientensubjektivität das Modell Handlungsrelevanz für die ärztliche Praxis gewinnen kann und bisher von medizinischer Seite vernachlässigte Wirklichkeitsdimensionen praxisrelevant werden können. Die Problematisierung der Sprachverwendung in der ärztlichen Praxis und das Durchbrechen des Mythos der 'Selbstverständlichkeit' wäre ein Beispiel einer derartigen Wirkung.

5.6 DAS INTERPRETATIVE PARADIGMA DER AP-INTERAKTION

Um den Begriff der Erwartung zu präzisieren und die Brauchbarkeit von Theoriemodellen für eine empirische Untersuchung der AP-Interaktion zu problematisieren, sollen kurz die Prämissen und Grundbegriffe des symbolischen Interaktionismus dargestellt werden.

5.6.1 Exkurs: Der symbolische Interaktionismus

Die Theorie der symbolischen Interaktion berücksichtigt bei der Beschreibung und Erklärung sozialer Phänomene die subjektive Wahrnehmung der Mitglieder der Gesellschaft. Die wesentlichen Vertreter dieser in den 60er und 70er Jahren in den Sozialwissenschaften expandierenden Theorie sind u. a. Mead, Cooley, Strauss, Goffman und Blumer. Blumer (1973) hat in einem grundlegenden Aufsatz die drei Prämissen formuliert, auf denen die Theorie der symbolischen Interaktion basiert.

Menschen handeln 'Dingen' gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung ..., die diese Dinge für sie besitzen.

Die Bedeutung der Dinge ist aus den sozialen Interaktion, die Menschen miteinander eingehen, abgeleitet oder entsteht aus ihnen.

Diese Bedeutungen werden in einem 'interpretativen Prozeß, die die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt gehandhabt und abgeändert. (vgl. Blumer 1973 S.81)

Was Blumer abstrakt als Dinge bezeichnet, kann sowohl physischer oder materieller Art als auch sozialer oder ideeller Qualität sein. Der symbolische Interaktionismus macht nicht den Inhalt der Interaktion, sondern die Interaktion selbst zum Gegenstand der wissenschaftlichen Erörterung. Er kennzeichnet Interaktion als einen Prozess, bei dem sich über die Reaktion des Kommunikationspartners das Selbst bildet, indem diese Reaktion als eigene in der Instanz des Selbst aufgehoben wird. Vereinfacht läßt sich dieser Prozeß darstellen als: man weiß, was man gesagt hat, wenn man weiß, wie andere auf die eigenen Äußerungen antworten. Eine wichtige Rolle spielt hierbei der Prozeß der Rollenübernahme (role-taking), wobei durch die Integration der Rolle des anderen in das eigene Selbst der Sinn des Verhaltens erfaßt wird. Das Selbst ist damit der Grundpfeiler der Interaktion, da durch das Selbst Kommunikation erst vermittelbar wird.

Das 'Selbst' wird von Mead weiter differenziert nach seinen beiden Komponenten 'I' und 'Me'. Das 'I' ist die nicht durch soziale Rollenerwartungen festgelegte Komponente des Selbst, also die Individualität des Menschen, die sich mit den Inhalten des 'Me', das die Anforderungen und Erwartungen der Gesellschaft beinhaltet, auseinandersetzt. Individuelles Handeln erhält also seinen gesellschaftlichen Charakter durch die Auseinandersetzung des 'I' mit dem 'Me',

also durch die individuelle Interpretation von Rollenerwartungen. Damit wird auch deutlich, daß des Selbst vom Begriff her mit 'Identität' übereinstimmt, und den Prozeß der Auseinandersetzung von Persönlichkeit und gesellschaftlicher Anforderung ausdrückt. Ein weiterer Bestandteil dieses Interaktionsmodells ist die Komponente 'Mind', die die reflexive Intelligenz des Menschen darstellt. Mead würde vermutlich seine Leistung der Entwicklung des Modells des Symbolischen Interaktionismus dieser Instanz zuschreiben.

Mertens (1983) faßt die vier wesentlichen Perspektiven zusammen:

Die Perspektive, wie ich das Verhalten und die Erwartungen des anderen wahrnehme

die Perspektive, wie ich annehme, vom anderen in meinem Verhalten und meinen Erwartungen gesehen zu werden.

Die Perspektive, wie ich mich selbst sehe

die Perspektive, wie ich annehme, daß der andere sich selbst sieht.

Das Menschenbild des Symbolischen Interaktionismus integriert somit verschiedene funktionale Instanzen auf verschiedenen Reflexionsebenen: Das I und Me als zwei Komponenten der Persönlichkeit in deren Wechselwirkung sich das Selbst herausbildet und der Mind als metarefektives Element, das eine Reflexion auch dieser alltäglichen Prozesse ermöglicht. Die eben beschriebene Wechselwirkung von I und Me entspricht in der Theorie der symbolischen Interaktion dem Prozeß der Rollenübernahme,

Das Selbst entwickelt sich somit im sozialen Interaktionsprozeß durch Rollenübernahme, wobei nach Mead verschiedene Typen zu unterscheiden sind. Der sogenannte

signifikante andere (significant other), dessen Erwartungen in das Selbst (Self) integriert werden, können sozialisations- bzw. entwicklungsspezifische Bezugspersonen oder -gruppen sein. Im "play stage" stehen Personen im Vordergrund (z.B. Eltern als Individuen), im "game-stage" wird die Organisation in Gruppen relevant (z.B. Familie, Schule etc.) und gesellschaftlich verallgemeinert der "generalized other" (Makrosoziale Strukturen, Kultur, Staat etc.).

Die Entwicklung des Selbst und damit der individuellen Identität findet damit durch das Medium der Sozialisation mit dem Ergebnis der Handlungskompetenz des Individuum durch die Übernahme von sozialen Rollen im Interaktionsprozeß statt.

Das Individuum gewinnt seine Identität als handlungsfähige Person im System sozialer Rollen durch die Sozialisation in der Form von Internalisierungsprozessen, durch den das Individuum die Anforderungen der Interaktionspartner und damit der Gesellschaft verinnerlicht.

An dieser Stelle der Theoriebildung wird der Unterschied zwischen normativem und interaktivem Paradigma wirksam.

Während im normativen Paradigma die Verinnerlichung von Regeln und Anforderungen der Gesellschaft als unvermittelter Prozeß mit der Funktion der Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Funktionen gesehen wird, sieht das interpretative Paradigma die Rollenübernahme als reflektierendes, interpretierendes Sich-auseinandersetzen mit sozialen Ansprüchen in der Interaktion. Nicht mehr allein die Funktionalität des Individuums in der Identität mit gesellschaftlichen Anforderungen als Systemelement der gesellschaftlichen Funktionalität ist damit der Kern des Analysemodells, sondern die individuelle Autonomie oder Freiheit, sich in ein individuelles Verhältnis zu den Anliegen der Umwelt zu stellen, und in einem interpretativen Prozess, also in einer auf

Überlegungen basierenden Auseinandersetzung mit den Ansprüchen der Außenwelt zu einer handlungsrelevanten Entscheidung zu gelangen.

Handeln wird in diesem Zusammenhang also nicht als Gehorchen des Individuums gegenüber normativen sozialen Bedingungen begriffen, sondern als auf Reflexion beruhende Entscheidung für oder gegen spezielle Handlungsalternativen.

Die Theorie der Symbolischen Interaktion hat zur Veranschaulichung dieser Prozesse die Konstrukte der Rollendistanz und der Ambiguitätstoleranz entwickelt, wobei ersteres die Fähigkeit, sich Normen gegenüber reflektierend und interpretierend zu verhalten, beinhaltet, und das zweite die Fähigkeit beschreibt, Diskrepanzen zwischen eigenen Ansprüchen und Rollenanforderungen zu akzeptieren.

5.6.2 Symbolische Interaktion und Labeling-Perspektive

Diese Neufassung der Konzeptionen von sozialem Handeln hatte im Bereich der medizinischen Soziologie eine Revision des funktionalistischen Krankheitsbegriffs zur Folge. Die Theorien des Symbolischen Interaktionismus schlugen sich in der sogenannten Etikettierungsperspektive oder Labeling-Theorie nieder, die die Tatsache daß jemand als krank bezeichnet wird, nicht mehr als Ausdruck des mit Krankheit etikettierten Individuums betrachtete, sondern als Prozeß der Zuschreibung von Eigenschaften. Die Eigenschaft 'krank' hat also ihre Grundlage nicht mehr in einer quasi-natürlichen Eigenschaft des Individuums, sondern erhält eine neue Qualität, da sie die Zuschreibung der Eigenschaft 'krank' impliziert und damit die Perspektive von der Betrachtung des isolierten Individuums auf das Verhältnis des Individuums zu seiner Umgebung und insbesondere auf die interpretierenden und definierenden Interaktionsprozesse erweitert. Gerhardt

(1981 S.12) faßt den Gegensatz zwischen Parsons Rollentheorie und der Labeling-Perspektive in drei Punkten zusammen.

Krankheit entspringt nicht unbewußten Motiven, sondern sozialen Zuschreibungen

Krankheit ist als Rolle nicht durch den Genesungsprozeß überwindbar, sondern oft lebenslang vorgeschrieben wenn Stigmatisierungsprozesse mit der Rolle einhergehen

Krankheit beschreibt, wie jede andere Rolle, eine Karriere, deren Dynamik mit der sozialen Umwelt zusammenhängt, besonders bei Einweisungen in Heilanstalten oder Krankenhäuser.

Die Abweichung oder Devianz ist damit nicht mehr als Attribut des Inhabers bestimmt, sondern als umweltbedingt dadurch, daß soziale Gruppen Regeln herstellen, deren Einhaltung überwachen und ebenfalls bestimmen, wann eine Regelverletzung vorliegt.

Bei Krankheit in diesem Sinne handelt es sich nun nicht um einen Regelverstoß, sondern um eine Abweichung von einem von sozialen Gruppen definierten Normalzustand. Je verhaltensrelevanter die Krankheit jedoch wird, d.h. je mehr Regeln betroffen werden, desto eher wird eine Krankheit als psychische Krankheit etikettiert. Eine Abweichung von einem als gesund definierten Zustand ohne Regelverstöße wird entsprechend als körperliche Erkrankung interpretiert.

Freidson (1975, S.3) drückt prägnant den Unterschied zwischen einer naiv objektivistischen und einer medizinsoziologischen Sichtweise aus:

"Es scheint, daß der Soziologe hoffnungslos fehlerhaft, wollte er bei seiner Arbeit ausgehen, es gäbe objektive Krankheitszustände, obwohl diese zweifelsfrei vorhanden sind. ... Für den Soziologen ist es aber ziemlich unwesentlich, ob die

Bestimmung von Krankheit objektiv ist oder nicht, denn jede Begriffsbestimmung, sei sie richtig oder falsch, wirklich oder eingebildet, hat in jedem Fall soziale Konsequenzen. Weil dem Arzt die Aufgabe überlassen bleibt, das tatsächliche Vorhandensein von Gesundheit oder Krankheit und deren Ursache festzustellen, kann der Soziologe die sozialen Konsequenzen, die das Zuschreiben von Krankheit mit sich bringen, und die Natur des sozialen Krankheitsbegriffs untersuchen."

Dieses Zitat verdeutlicht den Doppelcharakter von Krankheit als einerseits biologisches und andererseits gesellschaftliches Phänomen. Die biologische Seite betrifft die Phänomene, mit denen der Mediziner sich befaßt und betrifft die medizinische Diagnostik und Therapie. Die gesellschaftliche Seite betrifft die Zuschreibung von Prädikaten sozialer Art (wobei Krankheit schon ein soziales Prädikat darstellt) durch Individuen spezifischer sozialer Provenienz an andere Individuen. Diese Zuschreibungen erfolgen sowohl durch die von physiologischen Veränderungen betroffenen Personen, die durch Selbstzuschreibung des Prädikats 'krank' und durch die Entscheidung soziale mit der Wiederherstellung von Gesundheit befaßten Institutionen aufzusuchen, sich selbst den Patientenstatus zuschreiben. Diese Unterscheidung beinhaltet ebenfalls die Zuschreibung der Prädikate 'Laie' und 'Spezialist', da durch die Übernahme der Patientenrolle auf eine soziale Differenz Bezug genommen wird, durch die sich die Individuen in der Zuschreibung und Anerkennung von Kompetenzen unterscheiden.

Die Entstehung des Patientenstatus beinhaltet damit von seiten des Patienten zwei Elemente der Definition von sozialer Karriere: einerseits die Bewertung auf der Ebene gesund - krank, andererseits auf der Ebene inkompetent - kompetent, hilfesuchend - hilfegebend oder Laie - Experte.

5.6.3 Krisenmodell und Verhandlungsmodell

Innerhalb des interaktionistischen Krankheitsmodells lassen sich zwei Typen unterscheiden: zum einen das 'Krisenmodell', zum anderen das 'Verhandlungsmodell' (Gerhardt 1975). Beim Krisenmodell wird durch die Therapie ein Rollenkonflikt des Patienten versucht zu kompensieren und seine Identität wiederherzustellen. Das Verhandlungsmodell hingegen begreift Krankheit als allmählich ausgehandelte Bedeutungszuschreibung für einen körperlichen Status. Therapie bedeutet in diesem Zusammenhang eine Interpretationsform körperlichen Leidens, die von den Vertretern der heilenden Professionen vermittelt werden. Für den speziellen Fall der Arztkonsultation im primärärztlichen Bereich erscheint das zweite Modell als angemessener, da sich der Hausarzt vornehmlich nicht mit Krisenintervention befaßt, wobei jedoch das Moment der Krisenhaftigkeit in jeder Laiendefinition von Erkrankung angelegt sein kann und für den außerpsychologischen Bereich nicht vernachlässigt werden darf.

Die Bezeichnung des Zusammentreffens zwischen Arzt und Patient als Verhandlungsprozeß rekurriert darauf, daß auf beiden Seiten einander Erwartungen und Leistungen entgegengebracht werden. Die kognitiven Orientierungen der beiden Interaktionspartner sind Ausgangspunkt der Modifikation von Erwartungen, Interpretationen und Bewertungen und werden gleichsam aneinander relativiert und neu postuliert und bilden in modifizierter Form das Endstadium eines Interaktionsprozesses.

Gerhardt (1975 S.30 f.) greift nun das Problem der Differenz der kognitiven Orientierung von Arzt und Patient auf:

"Wenn beide - Arzt wie Patient - mit ihren kognitiven Konstruktionen auf den Diagnose- und Behandlungsprozeß Einfluß zu nehmen versuchen, ergibt sich eine offene Situation zwischen kontroversen Interpretationen, die durch Verhandeln

(negotiation) zugunsten einer oder beider Seiten geklärt wird."

Das Verhandlungsmodell strukturiert den Prozeß des 'Aushandelns von Krankheit' in drei Stadien: Die Unsicherheitsbeziehung, die Diagnose und die Krankheitskarriere. Die Unsicherheitsbeziehung bezeichnet sowohl für den Arzt als auch den Patienten das Verhältnis der Unsicherheit zwischen der Wahrnehmung von physiologischen Prozessen und Symptomäußerungen und der Diagnose als Interpretation dieser Wahrnehmungen. Die Diagnose gilt als Prozeß des Aushandelns von Deutungen zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen professioneller und Laienperspektive.

Das Aushandeln der Diagnose unterliegt dabei verschiedenen Formen und Inhalten von Wissen, verschiedenen Wertvorstellungen und verschiedenen Befugnisformen auf beiden Seiten, die Wertvorstellungen zu realisieren und Entscheidungen zu treffen. Die Betrachtung der Differenzen dieser Kompetenzen auf professioneller und Laienseite zeigt, daß die professionelle Seite mit institutionalisierten Befugnissen ausgezeichnet ist, über die die Patienten nicht verfügen können. Die AP-Beziehung ist also im Aushandeln von Interpretationsweisen und Reaktionsweisen gegenüber der Krankheit des Patienten keine Beziehung zweier gleichberechtigter Partner, sondern ein Verhältnis, in dem die sozial legitimierte Autorität des Arztes das Potential von ideologischen und materiellen Prozessen in der Auseinandersetzung einseitig determinieren kann.

Diese symbolisch - interaktionistische Sichtweise führt damit zu einem ähnlichen Ergebnis wie der bereits beschriebene kognitiv - reflexive Ansatz.

Eine theoretische Folgerung, die aus der interaktionistischen Interpretation der AP-Begegnung gezogen werden kann, liegt darin, daß der Arzt aufgrund zweier gesellschaftlicher Momente gegenüber dem Patienten einen

hohen Grad an Definitonsautorität und
Etikettierungskompetenz aufweist:

Der Arzt ist Vertreter einer Profession, die sich beruflich - wissenschaftlich mit dem Problem des Patienten beschäftigt, der gegenüber der Patient als inkompetenter Laie erscheint. Je mehr der Patient die Kompetenz dieser Profession anerkennt, desto eher wird er sein interpretatives Bezugssystem zugunsten der wahrgenommenen Interpretationen durch den Fachmann aufgeben.

Der Arzt nimmt eine gesellschaftliche Funktion ein, die ihm erlaubt, die Bedingungen der Krankheitskarriere des Patienten entscheidend zu beeinflussen. Diese Stellung hat für das Verhalten des Patienten definitonischen Charakter, da er teilweise unabhängig von seinem Einverständnis und teilweise je nach seinem Einverständnis den ärztlichen Anweisungen nachkommen muß.

Insgesamt ist die AP-Interaktion aufgrund der beschriebenen Konstellationen ein Potential für die Modifikation kognitiver Strukturen des Patienten und hat für den Patienten in bestimmten Bereichen handlungsdeterminierenden Charakter. Die hierarchische Strukturiertheit der Interaktion wird in der Regel in der Konsultation nicht thematisiert. Sie ist also impliziter oder unbewußter Bestandteil der Interaktion. Wird die Machtstellung des Arztes in der Interaktion bewußt, kann ein umgekehrter Effekt vermutet werden. Der Patient kann sich mit den Erwartungen des Arztes nicht mehr identifizieren, da er ihn nicht als Partner sondern als Gegner betrachtet. In diesen Fällen werden die Interpretationsmuster des Arztes nicht integriert und der Patient wird extrinsisch motiviert, also nicht aus Überzeugung den Anweisungen des Arztes nachkommen. Umgekehrt bedeutet dies, daß der Patient dann den Anweisungen des Arztes nachkommen wird, wenn ein Verständigungsprozeß stattgefunden hat, in dem der Patient sich mit dem Arzt über

die Notwendigkeit und Angemessenheit von Einschätzungen und Verhaltensweisen mit dem Ziel der Gesundung des Patienten geeinigt hat.

5.6.4 Die Bedeutung der Krankheit

Indem der interpretative Zusammenhang, in dem Krankheitszustände dem Individuum erscheinen, in der wissenschaftlichen Diskussion an Wichtigkeit gewann, wurde auch die subjektive Bedeutungszuschreibung gegenüber Krankheit und Gesundheit Thema sozialwissenschaftlicher Arbeiten. Die Variabilität der potentiell unendlich vielfältigen Erlebnisweisen wurde anhand von Kriterien der Kulturanthropologie oder der Soziologie, beispielsweise durch kulturvergleichende Studien oder schichtspezifizierende Analysen untersucht.

Dabei rückten die kulturspezifischen Bedeutungen bestimmter Krankheiten, der Krankheit allgemein sowie der Entstehungs- und Heilungsprozesse in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Während die Soziologie eher bemüht ist, einen Zusammenhang zwischen sozialen Genese des Individuums und der damit verbundenen subjektiven Bedeutungszuschreibungen herzustellen, versucht die Kulturanthropologie, nicht nur die Variabilität der Bedeutungen zu klassifizieren, sondern kulturübergreifende Determinanten der Bedeutungsdefinition im menschlichen Lebensbereich Krankheit zu entdecken (vgl. Pfeiffer 1981, Schoene 1981).

Einen Versuch der Klassifikation dieser universellen Bedeutungszuschreibungen unternimmt Pfeiffer (ebd.) und unterscheidet folgende Kategorien:

Krankheit als Ausdruck verminderter Lebenskraft

Krankheit als Folge des Eindringens eines krankmachenden Agens

Krankheit als Folge einer Schädigung durch äußere Kräfte

Gesundheit als Harmonie bzw. Balance zwischen unterschiedlichen Kräften und Strebungen und Krankheit als Störung dieses Gleichgewichts.

Als 'soziale Repräsentation' betrachtet Herzlich (1973) die Konstruktion sozialer Wirklichkeit beim Individuum und leitet daraus die Bedeutung der Krankheit für das Individuum ab. Die Bedeutung von Krankheit entsteht in einem Prozeß von Perzeption und Konzeption und umfaßt die Erfahrungsverarbeitung und Integration in einem kognitiven Zusammenhang, der ständig modifiziert wird.

Sie klassifiziert drei Bedeutungsmuster von Krankheit:

Illness as destructive

Illness as a liberator

Illness as an occupation.

Mittels qualitativer Analysen von Interviews mit 80 Personen wurden diesen Kategorien anhand folgender Kriterien untersucht:

Themen, Konzepte und Konstrukte zur Entstehung der Krankheit

Definitionen, Einschränkungen und Klassifikationen von Gesundheits- und Krankheitszuständen

Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Anhand einer Inhaltsanalyse der Interviews wurde versucht, anthropologisch fundierte Bedeutungsdimensionen zu entdecken, die einen allgemeinen Interpretationsrahmen von individuellem Erleben von Krankheit bilden.

Da das Verständnis der individuellen Bedeutung von Krankheit jedoch nur in ihrem individuell - historischen Zusammenhang möglich ist, hat diese Klassifikation von universellen personenunabhängigen Bedeutungsstrukturen für eine empirische Untersuchung von Interaktionsprozessen eine eingeschränkte Relevanz. Diese Betrachtungsweise soll deshalb für unsere Studie vernachlässigt werden.

5.7 EINE ÖKONOMISCHE ANALYSE DER AP-INTERAKTION

Die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sind Gegenstand zahlreicher Wirtschaftlichkeitsanalysen von Seiten der Gesundheitsökonomie (z.B. Böse et al. 1979). Daneben werden auch Ansätze unternommen, Ursachen dieser Kostensteigerungen in der AP-Interaktion empirisch zu ermitteln. Eine ökonomische Analyse des Geschehens zwischen Arzt und Patient unternimmt Zalewski (1983, 1984). Er bezeichnet die 'Begehren' des Patienten als 'originäre Nachfrage' und sieht hierin die aktive Rolle des Patienten im Leistungsgeschehen.

In dieser Aktivität des Patienten, also in seiner Möglichkeit, Einfluß auf die Leistungen zu nehmen, sieht Zalewski ein Steuerungspotential, das durch Interventionen ökonomischer Art, also etwa durch finanzielle Beteiligung des Patienten an den Behandlungskosten (Selbstbeteiligung) manipuliert werden kann.

5.7.1 Patientenwünsche und Patientennachfrage

Er geht von einer Interaktionssituation aus, bei der der Patient mit einer bestimmten Zahl von festgefaßten 'Begehren' oder Wünschen den Arzt konsultiert und der Arzt diesen Wünschen tendenziell nachkommt, um den Patienten nicht an einen Kollegen zu verlieren.

Zalewski vermittelt also, um seine Idee der Selbstbeteiligung der Patienten zu untermauern, das Bild eines AP-Verhältnisses, in dem der Patient die Ärzteschaft als kostenlose Selbstbedienungskette betrachtet. Der Arzt spielt die Rolle des Erfüllungshelfen für die Patientenwünsche, da ihm die Angst im Nacken sitzt, seinen 'Kunden' an einen Konkurrenten zu verlieren, der dem Patienten dann alle Wünsche erfüllt.

"Die Patientenbefragung hat gezeigt, daß die Verordnung medizinischer Leistungen durch den Arzt in einem erheblichen Umfang auf ein von den Patienten ausgelöstes Begehren zurückgeführt werden kann. ... Andererseits ist es aber ... insbesondere aufgrund der gezeigten aktiven Rolle des Patienten im Leistungsgeschehen zu erwarten, daß die in den genannten Begriffen ("Krankheit", "zweckmäßig", "ausreichend", "wirtschaftlich") enthaltenen Grenzen der Leistungsgewährung im Hinblick auf die Patientenwünsche unterschiedlich gehandhabt werden. Dies gilt dann umso mehr, wenn ein mit der zunehmenden Anzahl der Ärzte verstärkt empfundener Nachfragedruck der Patienten die Neigung des Arztes auf die Wünsche des Patienten einzugehen, beeinflußt. Dies bedeutet, daß auch Leistungen verordnet werden, deren objektive Notwendigkeit zumindest in Frage gestellt werden kann. In derartigen Fällen werden Verordnungswünsche an den Arzt herangetragen, bei denen der von den Patienten empfundene Dringlichkeit der Verordnung zumindest

nicht in demselben Maß eine objektive Notwendigkeit der Verordnung gegenübersteht." (Zalewski 1984, S.118)

Zalewski geht also davon aus, daß die Ärzte den Patienten Leistungen zukommen lassen, für die keine 'objektive Notwendigkeit besteht. Wie kommt er zu dieser Annahme?

5.7.2 Patientenbefragung

In seiner Befragung von über 8000 Patienten fordert er sie zunächst auf, anhand einer Liste mit 17 Kategorien ihre Wünsche an den Arzt, mit denen sie in die Praxis gekommen sind, anzukreuzen. Nach der Konsultation mußten sie die Frage beantworten, ob der Arzt die vorstehend genannten Wünsche alle, teilweise, oder nicht erfüllt hatte.

Als Ergebnis wird angegeben, daß 84,3 Prozent der Fälle alle Wünsche, 14,6

Prozent der Fälle die Wünsche teilweise und 1,1 Prozent der Fälle die Wünsche nicht erfüllt bekamen.

Die Stichhaltigkeit von Daten liegt hier, wie bei allen empirischen Untersuchungen, in der Validität der Untersuchungsmethode und des verwendeten Instrumentariums.

Zalewski geht davon aus, daß die Angabe der Patienten, sie hätten alle Leistungen erfüllt bekommen, dem realen Leistungsgeschehen entspricht. Dies kann aus mehreren Gründen bezweifelt werden:

Der Patient wird möglicherweise die Frage nicht auf die einzelnen konkreten Wünsche beziehen, sondern eher als Frage nach seiner Zufriedenheit empfinden.

Um die tatsächlich erbrachten Leistungen zu ermitteln, hätten die einzelnen Leistungsbereiche nochmals abgefragt werden müssen, um einen eindeutigen und zuverlässigen Vergleich zu erreichen.

Zudem hätte die Validität der Patientenangaben durch eine zusätzliche Befragung des Arztes überprüft werden müssen.

Unterstellt man nun trotz aller Vorbehalte, daß die pauschale Frage nach der Wunscherfüllung eine realistische Darstellung des Leistungsgeschehens erbringt, so bedeutet dies noch nicht, daß die Leistungen medizinisch nicht begründet waren.

Der Patient weiß im allgemeinen, welche Leistungen er zu erwarten hat, und richtet seine Wünsche nach seinen Erfahrungen und Laienvorstellungen von den Heilungsmöglichkeiten seiner Beschwerden. Außerdem spricht zunächst nichts dagegen, daß die Patienten die meisten Behandlungswünsche erfüllt bekommen, solange die Überflüssigkeit oder Schädlichkeit bestimmter Maßnahmen nicht bewiesen ist. Wenn Zalewski davon ausgeht, daß die von ihm befragten Patienten zuviele Leistungen erhalten hätten, so gründet sich diese Annahme nicht auf eine Analyse der Notwendigkeit oder Überflüssigkeit bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen.

5.7.3 Fazit: Selbstbeteiligung und Patientenverantwortlichkeit

Warum will Zalewski also steuernd beim Leistungsgeschehen beim Arztkontakt eingreifen und stellt als entscheidenden Steuerungsansatz die Verminderung der Patientennachfrage durch Selbstbeteiligung, also durch finanzielle Belastung

des Patienten, vor? Offensichtlich geht Zalewski davon aus, daß die Patienten die niedergelassenen Ärzte zur Befriedigung unbegründeter Bedürfnisse nach Medikamenten, Krankschreibung usw. mißbrauchen können, da die Ärzte angesichts der freien Arztwahl den Wünschen nachgeben, um nicht den Patienten zu verlieren. Diese Theorie ließe sich jedoch nur begründen, indem ein Mißverhältnis zwischen medizinischer Notwendigkeit von Leistungen und deren Erbringung nachgewiesen würde. Dies wäre Aufgabe medizinischer Sachverständiger, die die Angemessenheit von Maßnahmen anhand des konkreten Falles beurteilen müßten.

Allein die Tatsache, daß die Mehrheit der Patienten angibt, alle Wünsche beim Arzt erfüllt bekommen zu haben, ist als Begründung für die Notwendigkeit von 'Kostendämpfungsmaßnahmen' durch eine finanzielle Belastung des Patienten als 'Steuerungsinstrument' dürftig, und es stellt sich die Frage, ob es hierzu einer Befragung von über 8000 Patienten bedurft hätte.

Zudem kann eine direkte finanzielle Beteiligung der Patienten an den Kosten der Behandlung zu einem Rückgang medizinisch indizierter Nachfrage bei einkommensschwachen Personen führen, also zu einer Verschlechterung der Qualität der medizinischen Versorgung bei breiten Schichten der Bevölkerung.

Die Unterstellung, daß Arztkonsultationen in vielen Fällen nicht begründet sind und ärztliche Leistungen nicht von medizinischen, sondern ökonomischen Erwägungen geleitet seien, ist dann gefährlich, wenn der Patient für das Leistungsgeschehen verantwortlich gemacht wird, und der Arzt zum Erfüllungsgehilfen verniedlicht wird. Zalewskis Untersuchung ist also das Beispiel eines aufwendigen Bemühens, dem Patienten die Verantwortlichkeit für ein allgemein als zu teuer beklagtes Gesundheitssystem zuzuschieben, um ihm letztlich durch die sogenannte Selbstbeteiligung finanzielle Lasten aufzubürden, die sich verhängnisvoll auf die bisher

für alle gesetzlich Versicherten gleiche Möglichkeit auswirken kann, im Falle einer Erkrankung einen Arzt aufzusuchen. Dies wäre ein in seinen Folgen nicht absehbarer Rückschritt im Streben nach Gleichheit in der Verfügbarkeit medizinischer Hilfe.

Die für die Thesen Zalewskis entscheidende Unterstellung, daß der Patient maßgebend die Leistungen in der Konsultation bestimmt, hat wiederum die Annahme zur Grundlage, daß der Arzt die Wünsche des Patienten valide wahrnimmt. Da bezweifelt werden kann, daß in allen Fällen eine Kongruenz zwischen Patientenerwünschen und Arztwahrnehmung besteht, soll diese Hypothese unter anderem empirisch überprüft werden.

6.0 KOGNITIVE PSYCHOLOGIE UND AP-INTERAKTION

Um den Begriff der kognitiven Struktur, der für die geplante Befragung von Bedeutung ist, zu verdeutlichen, ist es hilfreich, die Entwicklung und grundsätzlichen Thesen der sogenannten kognitiven Psychologie zu reflektieren.

In einer ersten umfassenden Kritik der Verhaltenstherapie vertraten Breger/Mc Gaugh (1977) unter anderem folgende These: "Das klassische Konditionierungsmodell und die Verhaltenstherapie Skinners, die die Verhaltenstherapeuten sowohl zur Erklärung der Genese von Störungen als auch zur Grundlage ihrer Therapie in Anspruch nehmen, sind für beide Zwecke ungeeignet. Eine Neufassung des Neurosebegriffs in dem Begriffssystem einer kognitiven Lerntheorie würde den beobachtbaren Daten eher Rechnung tragen." (S.32).

Im Anschluß an diese These entwickelte sich eine Kritik an der Verhaltenstheorie und an der Verhaltenstherapie in Form von alternativen oder ergänzenden Theorie- und Therapieansätzen, deren Verlauf häufig als die 'kognitive Wende' in der Psychologie bezeichnet wird.

6.1 DAS VERHÄLTNIS KOGNITION - EMOTION IN DER PSYCHOLOGISCHEN THEORIEBILDUNG

Um diesen Trend verständlich werden zu lassen, erscheint es sinnvoll, die Diskussion um die Bedeutung von Kognitionen innerhalb der sogenannten Gefühlstheorien in Erinnerung zu rufen. Die Gefühlstheorien wurden entwickelt, um die Beziehung zwischen Gedanken, Gefühlsqualitäten und physiologischen Prozessen zu verdeutlichen. Schachter (1966) kritisierte hierbei die Annahmen von James/Lange, die

als Gefühle die Wahrnehmung physiologischer Prozesse postulierten.

Schachter nahm im Gegensatz hierzu an, daß kognitive Faktoren die Qualität des aktuellen Gefühls bestimmten. Ein emotionaler Zustand enthält somit die Komponenten der physiologischen Aktiviertheit und der richtungssteuernden Kognitionen. Ob ein Erregungszustand als Angst, Ärger oder Freude erlebt wird, hängt von der kognitiven Interpretation der Umweltgegebenheiten ab. Der Inhalt eines erlebten Gefühls wird nach Schachter von den Annahmen bestimmt, die das Individuum zu Wahrnehmungen oder Reizen seiner Umgebung vornimmt. Dieser Prozeß wird als Attribuierung oder Hypothesenbildung bezeichnet, und erfüllt die Funktion, die subjektiven Empfindungen zu strukturieren.

6.1.1 Emotion als Resultat kognitiver Strukturierung

Eine weitergehende Analyse der komplexen Beziehungen zwischen Kognitionen und emotionalen Zuständen unternahmen die Psychologen um R.S. Lazarus (nach Birbaumer 1977). Das Gefühl wird hierbei nicht mehr nur als motivationale Komponente, sondern auch als Reaktion auf die Bewertungen und Einschätzung der Situation des Individuums gesehen. Die kognitiven Bewältigungsprozesse ergeben also nicht den Überbau einer durch Außenreize ausgelösten Reaktion, sondern die emotionale Reaktion selbst ist Ergebnis bestimmter vorausgegangener kognitiver Strukturierungsprozesse.

Hierbei spielt die subjektive Bedeutung, die die Auslösereize für die Person darstellen, eine entscheidende Rolle in der Konstituierung einer bestimmten Gefühlsqualität. Die emotionale Reaktion gewinnt ihren Gehalt durch hypothetische Konstrukte, die das Individuum zu

seinen Umweltverhältnissen und zu seiner eigenen Körperlichkeit gebildet hat.

Es deutet sich also an, daß die kognitiven Prozesse, die für das jeweilige Individuum spezifisch sind, eine Auswirkung auf die Art des Gefühls ausübt, die das Individuum in seinen Lebenssituationen empfindet. Die auslösenden Reize für eine Angstreaktion gewinnen unter diesem Aspekt ihren Angstcharakter nicht primär durch eine im Lernprozeß angelegene Verknüpfung zwischen Reiz und Reaktion, sondern durch die kognitive Strukturierung des Patienten. Auch wenn verschiedene Individuen denselben Reiz- und Reaktionsmechanismen auf physiologischer und motorischer Ebene unterliegen, können sie durch verschiedene Interpretationen der Wahrnehmung zu verschiedenen Erlebnisqualitäten in Form von gegensätzlichen Gefühlen gelangen.

6.1.2 Kognitive Strukturen als Sozialisationsergebnis

Die Unterschiede in den kognitiven Strukturierungsprozessen lassen sich durch die Aneignung verschiedener kognitiver Bewältigungsmechanismen in der individuellen Lerngeschichte veranschaulichen. Es entspricht der allgemeinen Erfahrung, daß körperliche Empfindungen, Ereignisse und Erfahrungen nach individuell verschiedenen Denkstrategien und Interpretationsmustern kognitiv integriert werden. Lazarus (1977), der die Problematik von Emotionen als intervenierenden Variablen betont, faßt sie als Funktion solcher kognitiver Aktivitäten auf, wobei vermutlich jedes Gefühl mit einem speziellen Bewertungsprozeß verknüpft ist. In der aktuellen Wahrnehmung von körperlichen Zuständen oder Befindlichkeiten wird die individuelle Lerngeschichte, also die Resultate des Sozialisationsprozesses, als soziale Subjektivität der Individuen wirksam.

Diese Position beinhaltet, daß sich in jeder Gefühlsreaktion eine kognitive Strukturierung in Form von Bewertungs- und Interpretationsprozessen darstellt. Gemeinsam mit physiologischen Parametern liefert die empirische Erfassung des kognitiven Anteils von Verhalten die Identifikationsmuster für Verhaltens- und Erlebenszustände.

6.2 GRUNDANNAHMEN DER KOGNITIVEN PSYCHOLOGIE

Ausgehend von diesen grundlegenden Annahmen und auf Basis der Forschung und Theorie der kognitiv orientierten Verhaltens- und Sozialpsychologie hat sich in den letzten Jahren ein mehr oder weniger selbständiger Ansatz herausgebildet, der meist unter dem Sammelbegriff 'Kognitive Psychologie' zusammengefaßt wird. Quekelberghe (1979) unternimmt eine Begriffsbestimmung der kognitiven Psychologie, indem er sie zunächst gegenüber bestehenden und etablierten Positionen abgrenzt. Der Sammelbegriff 'Kognitive Psychologie' darf jedoch nicht suggerieren, daß sich eine einheitliche Schule innerhalb der Psychologie unter diesem Namen herausgebildet hätte. Sie besteht vielmehr aus bruchstückhaften Ansätzen, die jedoch gegenüber bisherigen Konzepten gemeinsame Unterschiede aufweisen.

Es sollen kurz die wichtigsten Punkte, durch die Quekelberghe (1979) die kognitive Psychologie negativ von anderen Richtungen abgrenzt, aufgeführt werden:

Die kognitiven Ansätze wenden sich gegen eine Gleichsetzung menschlichen Handelns mit direkt beobachtbarem Verhalten. Die mechanistische passiv reaktive Konzeption menschlichen Verhaltens und der Umweltdeterminismus des Behaviorismus werden abgelehnt. Die Zurückweisung von nicht beobachtbarem Verhalten wie Denkprozessen und

Erkenntnisvorgängen wird von den
kognitiv-psychologischen Theorien nicht geteilt.

Ebenso wenden sie sich gegen die Übernahme
psychanalytischer Spekulationen wie die Lehre des
Unbewußten, des Triebdeterminismus und der analytischen
Neurosenlehre.

Die kognitiven Ansätze wenden sich auch gegen
humanistisch-phänomenologische Theorierichtungen, die
von Begriffen wie Ganzheit, Gestalt, Echtheit,
Selbstaktualisierung etc. geprägt sind. Diese Methoden
sind häufig durch eine Abkehr von empirisch-logischer
Überprüfung und erkenntnistheoretischer Reflexion
gekennzeichnet und bedienen sich eher philosophischer
Kategorien.

Damit wird deutlich, worin sich die kognitive Psychologie
von den sonstigen Theorieansätzen unterscheidet. Sie inte-
griert die spezifisch menschlichen Verhaltensbereiche des
Denkens und der Erkenntnis, der Intentionalität und des
zweckgerichteten Handelns in die Analyse individuellen Ver-
haltens ein und umfaßt auch die sozialen Bezüge des
Verhaltens, indem sie die Gerichtetheit der Intentionalität
auf andere Individuen mitberücksichtigt. Gleichzeitig
distanziert sie sich von den Reiz-Reaktions-Modellen,
Black-Box-Annahmen und den Modellen Freuds.
Phänomenologische und psychoanalytische Ansätze werden wegen
der mangelnden Operationalisierbarkeit ihrer Konstrukte kri-
tisiert. Hingegen fordert die kognitive für ihre eigenen
Hypothesen die Möglichkeit der empirischen Überprüfbarkeit
und damit die interindividuelle Nachvollziehbarkeit ihrer
Annahmen.

Frey (1983) konstatiert als kennzeichnend für die kognitiven
Theorien, daß Verhalten nicht die Reaktion auf eine objek-
tive Situation, sondern vielmehr auf die kognitive
Repräsentation dieser Situation ist. Damit ergibt sich die

Notwendigkeit, zwischen objektiver Reizkonfiguration und deren subjektiver Repräsentation zu unterscheiden. Die Vermittlungsfunktion übernehmen dabei kognitive Funktionen.

6.3 DIE BEGRIFFLICHKEIT DER KOGNITIVEN PSYCHOLOGIE

Von einem Begriffswirrwarr im Zusammenhang mit der Definition von kognitiver Struktur spricht Frey (1983). Kognitive Strukturen sind hypothetische Konstrukte, in deren Natur es liegt, empirisch nicht erfaßbar zu sein. Trotzdem kann es möglich sein, durch Operationalisierungen Indikatoren von kognitiven Strukturen zu definieren.

Seiler (1979) versucht eine Erläuterung und Klärung des Begriffs der kognitiven Struktur. Er versteht darunter eine Vielzahl psychologischer Konstrukte und Alltagsbegriffe, mit denen man aus der Masse menschlicher Handlungen, Lern- und Denkvorgängen bestimmte Einheiten herauszugreifen sucht. Komplexe Wahrnehmungsvorgänge, Problemlösungen auf der Handlungsebene, Vorstellungen, Begriffliche und gedankliche Operationen, Hypothesen, Regeln und Strategien des gedanklichen Problemlösens und die Begriffsbildung fallen unter den Oberbegriff der kognitiven Struktur. Diese Prozesse sind weder genetisch festgelegt noch unveränderlich, sondern sie sind das Resultat vorausgegangener Kategorisierungen und Reaktionen des Individuums. Sie spiegeln also die auf einen jeweils bestimmten Bereich bezogene Tätigkeits- und Entwicklungsgeschichte des Individuums wider.

Kognitive Strukturen sind also ein Mittel, mit dem das Individuum die seine Umwelt bewältigt und aktiv mitkonstruiert. Sie sind das Medium, mit dessen Hilfe die dinglich und soziale Realität subjektiv geschaffen wird. Die Gegenstände der Umwelt sind also dem Individuum nicht unmittelbar gegeben,

sondern konstituieren sich durch die von ihm mitgebildeten kognitiven Strukturen hindurch.

Seiler (1979) präzisiert in seinen Thesen die Bedeutung der kognitiven Strukturen für das Verhältnis Individuum - Umwelt, indem er ihre Funktionen für menschliches Verhalten und Handeln angibt.

Die Erkenntnis- und Bedeutungsfunktion kognitiver Strukturen liegt in der kontinuierlichen Veränderung und Integration kognitiver Prozesse für die Bildung verinnerlichter Handlungs- und Wahrnehmungsschemata. Diese Elemente lassen sich zwar als Bewußtsein bezeichnen, was aber nicht heißt, daß sie immer bewußt sein müssen. Die Bewußtheit der kognitiven Prozesse wird vielmehr wiederum von kognitiven Strukturen bedingt, die ihre Reflexion ermöglichen.

Die Gedächtnisfunktion kognitiver Strukturen liegt in der Abrufbarkeit von gespeicherten Denk- Handlungs- und Wahrnehmungsentwürfen. Erinnern bedeutet in diesem Sinne also die Aktualisierung kognitiver Strukturen durch kognitive Funktionen von kognitiven Metastrukturen.

Der Systemcharakter kognitiver Strukturen bezeichnet den Zusammenhang zwischen den einzelnen kognitiven Strukturelementen. Damit wird ausgedrückt, daß eine kognitive Struktur nicht isoliert gesehen werden darf, sondern in einen komplexen Prozeß von Wahrnehmungs- Denk- und Handlungsmustern integriert ist.

Der dynamische Charakter der kognitiven Strukturen sagt aus, daß sie nicht als statische Gebilde zu verstehen sind, sondern als prozeßhafte Erkenntnis- und Handlungstätigkeiten. Sie lassen sich nicht durch Momentaufnahmen beschreiben, sondern nur in der Erklärung der Bewegung und Veränderung ihrer Elemente. Die einzelnen kognitiven Strukturen und Funktionen stehen also in einem gegenseitigen Rückkopplungs- oder Wechselverhältnis. Seiler versucht also ein relativ

komplexes Modell der kognitiven Strukturierung zu entwickeln. Ein Nachteil des Modells liegt in der Unmöglichkeit, von der abstrakten Modellebene auf empirisch überprüfbare Phänomene zu schließen, da keine Kriterien zur Operationalisierung der verwendeten Begriffe angewendet werden.

6.4 DIE BEDEUTUNG KOGNITIVER STRUKTUREN FÜR DAS KRANKHEITS- ERLEBEN

Die Integration kognitiver Variablen in ein Verhaltensmodell menschlicher Tätigkeit beinhaltet eine Abkehr vom monofunktionalen Menschenbild des Black - Box - Modells. Anstatt das Verhalten in funktionaler und mathematisch darstellbarer Abhängigkeit von Außenweltgegebenheiten zu begreifen, wird die Variation des Verhaltens auf die Variation kognitiver Größen zurückgeführt. Es läßt sich also denken, daß sich das Verhalten trotz gleicher Umweltbedingungen ändert, wenn sich die kognitiven Variablen verändern. Umgekehrt kann das Verhalten trotz veränderter Umweltbedingungen gleichbleiben, wenn sich die verdeckten kognitiven Funktionen nicht verändert haben.

Für komplexes Verhalten, wie es Geundheits- oder Krankheitsverhalten darstellt kann eine Modell der Steuerung durch kognitive Prozesse die Variabilität dieses Befindens und Verhaltens also eher verständlich machen, als eine funktionale Abhängigkeit des Patientenverhaltens von Umweltreizen. Umweltreize werden in diesem Zusammenhang also nicht als verhaltens- oder handlungsdeterminierend gesehen, sondern lediglich als Bedingungen der kognitiven Prozesse. Diese Sichtweise beinhaltet also eine Integration der individuellen Sozialgeschichte, die sich als kognitive Strukturiertheit des Individuums darstellt in eine 'situationale Sichtweise'. Die Umweltgegebenheiten wirken

als Bedingung der kognitiven Strukturiertheit des Individuums, jedoch in einer Weise, die einen deterministischen Schluß von Umweltbedingung auf Verhalten oder Erleben oder in umgekehrter Richtung nicht mehr zuläßt. Damit ist also die Problematik der Interpretation von Krankheitsverhalten aufgrund von Umweltvariablen oder soziodemographischen Fakten verdeutlicht.

Die 'kognitive Strukturiertheit' des Individuums entzieht sich der empirischen Meßbarkeit oder Berechenbarkeit, da sie sich auf mehreren Ebenen abspielt, wobei die Ebenen in einem gegenseitigen Rückkopplungsverhältnis stehen. Das kognitive Konzept stellt also im weitesten Sinn die kognitiven Aspekte der Persönlichkeit dar und entzieht sich in dieser Komplexität einer Quantifizierbarkeit. Einzelne kognitive Strukturen können aber auch als Variable betrachtet werden und in ihrer Veränderung in Interaktionsprozessen untersucht werden. Dabei werden Konstrukte wie Bewertung, Erwartung, Informiertheit etc. durch eine bestimmte Fragestellung als Indikator operationalisiert und auf einem festgelegten Skalenniveau ermittelbar.

6.4.1 Kognitive Struktur und Individualität

Das Verhältnis zwischen Umweltgegebenheiten und kognitiven Variablen wird also in diesem Zusammenhang als unsystematisch angenommen, indem sozusagen eine 'Willkür' des Individuums durch die komplexe kognitive Strukturiertheit von Wahrnehmungs- und Handlungsfunktionen unterstellt wird. Dieselbe Umweltbedingung kann also sowohl intraindividuell, also beim gleichen Individuum zu verschiedenen Zeitpunkten, als auch interindividuell, also bei verschiedenen Individuen gegensätzliche kognitive Prozesse auslösen. Der behavioristische Begriff der Reaktion wird also in kognitiver Sicht durch seine relative Unabhängigkeit von

'objektiven' Stimuli, also den vorausgehenden Außenweltbedingungen, auf eine neue Bedeutungsebene gehoben. Da in das Verhalten kognitive und damit die Subjektivität konstituierende Prozesse eingehen, läßt es sich nicht mehr als Funktion der unmittelbar erlebten Umwelt angeben. Erst die Umsetzung der Umweltbedingungen in kognitive Prozesse, also die Integration von Außeninformation in die Subjektivität, und die Umsetzung dieser Prozesse in Aktivität und Verhalten würden einen Nachvollzug der beobachteten Phänomene im Sinne von Verstehen von Subjektivität ermöglichen.

Für den konkreten Fall von Symptomerleben und Krankheitsverhalten beinhaltet dieser Bezugsrahmen, daß diese Prozesse nicht als Funktion von Umweltbedingungen betrachtet werden, sondern als Resultat der Interaktion von Umweltgegebenheiten mit individuell jeweils unterschiedlicher kognitiver Strukturiertheit.

Eine Konkretion kognitiver Strukturiertheit für das Handeln im Bereich von Gesundheit und Krankheit stellen die in der Sozialisation angeeigneten begrifflichen Konzeptionen vom Erleben und Bewältigen körperlicher und emotionaler Vorgänge dar. Hierbei soll jedoch betont werden, daß das Erleben nicht nur Ausgangspunkt des Bewältigens subjektiver Befindlichkeit mittel kognitiver Strukturen ist, sondern bereits ein Resultat dieser kognitiven Strukturen.

Ebenso wie die Bewertung eines Gesundheitszustand kognitiven Konzepten entspringt, liegt bereits in der Wahrnehmung des Befindlichkeitsstatus kognitive Aktivität. Die Art und Weise wie das Individuum zu früheren Zeitpunkten einen Befindlichkeitsstatus erlebt, verarbeitet und bewältigt hat, ist Bedingung für die aktuelle Wahrnehmung von Krankheitssymptomen wie Schmerz oder körperlichen Veränderungen und emotionalen Zuständen. Als subjektive Bedingung für die Integration von Außenweltereignissen konstituieren kognitive Strukturen die Erlebenswelt des Patienten. Die Betrachtung

der kognitiven Aspekte von Wahrnehmungs- Erkenntnis- und Verhaltensprozessen erbrachte zahlreiche Hinweise für die Relevanz von kognitiven Strukturen für das Erleben von physiologischen Symptomen, ihre Bewertung und Interpretation und die ihnen folgenden Bewältigungsprozesse.

6.4.2 Kognitive Interpretation von psychologischen Phänomenen

Die Rolle von Erwartungen und tentativen Hypothesen bei Symptomerlebnissen war eine der zentralen Fragestellungen der Forschergruppe um Skelton/Pennebaker (1982). Eine der Zielsetzungen ihrer Studien bestand darin, die Phänomene des Placeboeffekts, der Massenpsychosen und der sogenannten 'Medizinstudentenkrankheit' zu erklären.

Bewußt vernachlässigen sie in ihrem Ansatz motivationale Faktoren in der Wahrnehmung und Etikettierung von körperlichen Symptomen zugunsten eines vornehmlich kognitiven Ansatzes. Wesentliches Element ist darin die Annahme eines Selektionsprozesses innerhalb der Informationsverarbeitung der Wahrnehmung, der eine Annäherung kognitionspsychologischer Prozesse an eindeutig definierte Algorithmen, also den Versuch der Entschlüsselung der impliziten Entscheidungsprozesse menschlicher Informationsverarbeitung mittels eines kognitiv - psychologischen Ansatzes beinhaltet. Die in der traditionellen Allgmeinpsychologie betonten motivationalen Faktoren von Wahrnehmung und Verhalten haben in diesem Zusammenhang nur noch die Funktion, kognitive Prozesse zu stimulieren, also abstrakt energetische Bedeutung.

Anhand des Beispiels der Angst soll verdeutlicht werden, wie eine kognitive sichtweise Angst versteht, und worin sie anderen Erklärungsversuchen widerspricht.

Die in lernpsychologischen Abhandlungen als motivational verursacht und durch Lernen geformt betrachtete Angst erhält durch die Einbettung in kognitive Muster inhaltliche Qualität, das heißt, daß Angst nicht als Ursprung von Verhaltensweisen gesehen wird, sondern als Ergebnis von kognitiver Strukturierung bzw. als ihre Form. Angst gilt damit also nicht mehr als menschliche a priori-Existenzform, sondern ist die rationale oder irrationale Verarbeitung von Erleben durch kognitive Strukturierung.

Angst ist damit einer Korrektur durch Einflußnahme auf die Verarbeitungsformen von Erfahrungen zugänglich. Während lerntheoretische und psychodynamisch orientierte Ansätze mit Angst verbundenes Verhalten oder Fühlen als Ausdruck einer allgemeinmenschlichen Angstdisposition begreifen und es dahingehend modifizieren wollen, der Angst eine adäquatere Verlaufsform zu geben, gilt im Rahmen des kognitiven Ansatzes Angst als aktive Bewältigung von Erfahrungen mittels geistiger Aktivität, wobei von dieser kognitiven Aktivität abhängt, ob bestimmte sensorische Bedingungen in der Form von Angsterleben verlaufen oder in anderer Form. Angst muß nicht notwendig eine inadäquate Bewältigungsform von sensorischer Information sein, vor allem nicht im Lebensbereich des menschlichen Leidens.

Die kognitiven Rahmenbedingungen des Individuums bilden die Inhalte der Besorgnis um das eigene Wohlergehen, von Lebensplänen und die Hoffnung auf baldige Genesung. Je nach individueller Zielsetzung und Interpretation von Entstehung, und Bewältigungsmöglichkeiten von Krankheit ist das dabei erlebte Gefühl der emotionale Ausdruck der zugrundeliegenden Annahmen.

Die emotionalen Formen der Depremiertheit und Angst lassen sich ebenso wie die Formen der Hoffnung und Sorglosigkeit nur auf dem Hintergrund der kognitiven Inhalte verstehen. Zusammengefaßt und verkürzt ist ausgedrückt ist damit das in vielen psychologischen Ansätzen von der Funktion des Denkens

getrennte Gefühl (also das bekannte Ratio-Irratio - Problem) auf den Nenner reduziert, daß das Gefühl die Form der ihm zugrundeliegenden Gedanken ist.

Die beispielsweise in der Psychoanalyse als Rationalisierung der Angst vernachlässigten Prozesse werden also in diesem Ansatz als rationale Grundlage der Emotion Angst betrachtet. Die Bewertung rationaler Prozesse in der Psychoanalyse als 'Rationalisierung' ist Folge ihrer psychodynamischen Triebannahmen und der daraus resultierenden Kennzeichnung der Angst als Ergebnis der Blockierung der natürlichen Triebenergien. Die Erklärung der Angst in der Psychoanalyse legt also immer unbewußte, also irrationale Motive zugrunde.

Eine Umkehrung dieser Einseitigkeit, also statt Gedanken als Überbau von Gefühlen die Gefühle als Überbau von Gedanken zu sehen, ist eine Gefahr, der eine kognitive, in diesem Fall gewissermaßen kognivistische Sichtweise von menschlichem Erleben und Verhalten erliegen könnte.

Es genügt also nicht, die irrationalen Momente von Verhalten in ein kausales Verhältnis zu den rationalen zu stellen, gleich in welcher Richtung, sondern es gilt den Zusammenhang zwischen einer erlebten Gefühlsqualität und der mit ihr vorgefundenen kognitiven Strukturiertheit, also mit den Inhalten des Denkens, der Überlegung und des Urteilens und Bewertens, herzustellen.

Eine psychotherapierrelevante Implikation des kognitiven Ansatzes besteht darin, in den Bildern und Varianten der Selektionsstrategien die individuelle Bedeutung des Leidens für das Individuum zu entdecken. Skelton/Pennebaker sind als Verfechter einer kognitiven Analyse des jeweiligen Bewußtseinsinhalts des Patienten Verfechter einer verstehenden Methode der Psychotherapie, verfolgen aber nicht das Ziel einer Verhaltensmodifikation im Sinne der Psychotherapie, sondern versuchen ein rationaleres

Verständnis von Krankheit bei den Betroffenen zu ermöglichen.

Das Verhältnis zwischen physischen und psychischen Prozessen wird also, wenn man kognitionspsychologische Überlegungen miteinbezieht, nicht darin gesehen, daß das eine das andere kausal verursacht oder bedingt, sondern soll durch eine inhaltliche Analyse der individuellen kognitiven Prozesse verstanden werden. Diese Ausführungen, die eigentlich mehr psychotherapie relevant sind, als daß sie für eine empirische Untersuchung von Interaktionsprozessen Bedeutung aufweisen, sollten dazu dienen, die vielen Untersuchungen zugrundeliegend Reduktion von Prozessen auf eindimensionale Ursache - Wirkungs - Beziehungen zu problematisieren. Sie sollten die Funktion haben, das der Untersuchung zugrundeliegende Menschenbild anzudeuten und den Rahmen für die Interpretation von Untersuchungsergebnissen abgeben.

6.5 SELBST- UND FREMDERLEBEN VON KRANKHEIT

Auf Unterschiede in der Wahrnehmung eines individuellen Krankheitsschweregrades bei Patient, praktischem Arzt, und klinischem Spezialisten weist Wildgrube (1978) hin. Durch die zunehmende Befassung mit einem Gegenstand werden sowohl Wahrnehmung als auch Bewertungsmaßstäbe verändert. Je spezialisierter ein Arzt auf ein bestimmtes Fachgebiet ist, desto differenzierter wird sich seine Wahrnehmung von Unterschieden bei Krankheitsbildern aus diesem Bereich ausbilden und desto differenzierter wird die Bewertung ausfallen. Die Krankheitsschwere wird also stets im Zusammenhang mit der alltäglichen Erfahrung beurteilt, was sowohl für den Arzt als auch für den Patienten gilt. Für den Patienten, der minimale Beeinträchtigungen seines Wohlbefindens häufig erlebt und ihnen meist wenig Wichtigkeit zuerkennt, wird

eine einmalige schwerere Erkrankung als Schicksalsschlag empfinden, da die Grundlage seiner Krankheitsbewertung sein alltägliches Befinden ist. Demgegenüber wird ein klinischer Spezialist, für den der Umgang mit schwersten Erkrankungen Alltagsroutine ist, die Bewertung derselben Krankheit eben nach diesem Vergleichsmaßstab richten und die zwar subjektiv als sehr schwer erlebte Krankheit doch als leichteren Fall einstufen, da er täglich mit schlimmeren Situationen zu tun hat. Für die Einschätzung und Erwartung von Bewertungsdiscrepanzen zwischen Arzt und Patient erscheint es damit notwendig, die Alltagserfahrung als maßstabsetzende Grundlage für die Bewertung von Krankheitszuständen zu deuten. Man kann deshalb vermuten, daß Ärzte Krankheitszustände und die daraus resultierenden Behinderungen als eher leichter einschätzen als die Patienten.

Bewertungsdiscrepanzen zwischen Arzt und Patient, die ein Konfliktpotential darstellen können, werden also dadurch verständlich, indem man die individuelle und partikuläre Bewertung in einen Zusammenhang mit der Alltagspraxis des Urteilenden stellt. Im Erfahrungsspektrum eines Allgemeinpraktikers werden extrem schwere und extrem leichte Krankheitszustände eine geringere Rollen spielen, während der Kliniker aufgrund der unterschiedlichen Rekrutierung seiner Patientenschaft hauptsächlich mit schweren Krankheitsbildern und einem hohen Leidensgrad befaßt sein wird. Für den Patienten, der mit einer gelasseneren Schwerebeurteilung als seiner eigenen konfrontiert wird, können sich je nach individueller Attribuierung zwei Effekte ergeben. Er kann die niederere Einschätzung seiner Krankheitsschwere als entlastend und damit angstreduzierend erleben oder er kann sie als Geringschätzung seines Leidens empfinden. Hier wird bereits die Wechselwirkung zwischen dem Interpretationsrahmen des Arztes und des Patienten deutlich, deren Verlaufsform wiederum Auswirkungen auf die aktuellen Interpretationen durch die beiden Interaktionspartner haben wird. In der Folge kann der Arzt den Patienten als wehleidig beurteilen und der Patient den Arzt als grob ansehen. Unter

anderen Bedingungen kann der Patient die Bewertung seiner Krankheit modifizieren.

Auf eine Diskrepanz zwischen Arzt- und Patientenurteil kann der Patient also je nach individueller Disposition die Beurteilung seiner Krankheit oder die Beurteilung des Arzturteils oder der Arztperson modifizieren.

7.0 KOGNITIVE FAKTOREN DER AP-INTERAKTION

Nachdem die Bedeutung von kognitiven Prozessen als handlungssteuernde Bedingungen in der AP-Interaktion verdeutlicht wurde und die Besonderheit und Problematik einer kognitiven Sichtweise von Interaktionsprozessen skizziert wurde, sollen die wesentlichen Aspekte und Momente dieser Sichtweise in einem strukturellen Modell der AP-Interaktion zusammengefaßt werden.

Die Rollentheorie der AP-Interaktion stellt die Anwendung eines sehr allgemeinen Theoriekonzepts von Gesellschaft auf das AP-Verhalten dar. Parsons' Thesen sind für eine empirische Bestandaufnahme nur bedingt geeignet, da sie von einem idealistischen Funktionalismus ausgehen und deshalb einen Sollzustand angeben, mit dem die Realität verglichen werden kann. Seine Analyse beschränkt sich auf sozialfunktionale Aspekte und ist deshalb für eine Analyse psychologischer Prozesse nur bedingt tauglich.

Der symbolische Interaktionismus der AP-Interaktion stellt ebenfalls die Anwendung einer globalen Gesellschaftstheorie auf ein spezielles Gebiet dar. Er betont dabei die Besonderheit der unsymmetrischen Interaktion in der AP-Interaktion aufgrund von soziostrukturell bedingten Machtverhältnissen. Er ist damit psychologisch konkreter als die Rollentheorie, da er sich mit den Besonderheiten des Interaktionsprozesses befaßt.

Die kognitive Psychologie bietet einen theoretischen Bezugsrahmen, der zwar noch sehr unpräzise und wenig elaboriert ist, jedoch unter bestimmten Annahmen für eine alltagsnahe empirische Forschung operationalisierbare Konstrukte anbietet.

Im folgenden sollen unter diesen Gesichtspunkten die bereits dargestellten Aspekt der AP-Interaktion komprimiert werden und die Leitlinien einer realisierbaren Erforschung der Prozesse und Inhalte der AP-Interaktion konstruiert werden. Die Elemente der diskutierten Forschungsansätze werden dabei auch im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit für Feldforschung integriert oder vernachlässigt.

Als wesentliche Eigenschaft der AP-Interaktion wurde ihr Prozeßcharakter betont, der eine Veränderung von Elementen der an der Interaktion beteiligten kognitiven Konzepte in die Betrachtung einschließt. In der AP-Interaktion treffen zwei qualitativ verschiedene Formen von kognitiven Konzepten aufeinander, die vereinfacht als Laien- und Expertenkonzept gekennzeichnet werden können. Damit sind zwei unterschiedliche Ausgangspunkte für die Interaktion bei Arzt (Expertenkonzept) und Patient (Laienkonzept) gegeben. Der Arzt verfügt aufgrund seiner sozialen Stellung und Befugnisse und der ihm zugeschriebenen fachlichen Kompetenz über ein stärkeres Definitions- oder Etikettierungspotential in der Interaktion. Man kann deshalb davon ausgehen, daß im Prozeß der AP-Interaktion eine Modifikation von Elementen der Patientenkonzeptionen stattfindet.

Als Elemente bzw. Strukturen und Funktionen auf Patienten-seite werden modellhaft angenommen:

Die Benennung der erlebten Beschwerden (Etikettierung)

Die Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Beschwerden

Die empfundene emotionale Belastung durch die Beschwerden (Beunruhigung)

Die Einschätzung der Schwere der Beschwerden

Die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands

Die subjektive Informiertheit über Heilungsmöglichkeiten
und Ursachen der Beschwerden

Die empfundene emotionale Belastung durch die Konsulta-
tionssituation

Die kausale Attribuierung der Beschwerden

Die Behandlungswünsche (Wunscherwartung)

Die Behandlungserwartung (Realerwartung)

Die Wahrnehmung des 'Leistungsgeschehens'

Die Wahrnehmung der Interaktionssituation

Die Zufriedenheit mit der Konsultation

Auf der Arztseite werden folgenden kognitiven Funktionen in
das Modell aufgenommen:

Die Benennung der Patientenbeschwerden (Diagnose)

Die Beurteilung der Patientenbeschwerden

Die Beurteilung des Gesundheitszustands des Patienten

Die Beurteilung der Beeinträchtigung des Patienten durch
seine Beschwerden

Die Wahrnehmung der Patientenerwartungen

Die Entscheidung über medizinische Leistungen

Die Prozeßelemente kann man danach unterscheiden, ob sie
erst im Interaktionsprozess entstehen (z.B. Wahrnehmung der
Patientenerwartungen, Diagnose, Zufriedenheit des Patienten)
oder ob sie bereits als Bedingung in die Interaktion einge-

hen (z.B. Bewertung des Gesundheitszustands durch den Patienten). Eine eindeutige Trennung nach diesem Kriterium von Konstanz gegenüber Variabilität ist jedoch nicht möglich, da alle kognitiven Größen situativen Variationen unterliegen.

Für die Elemente der Interaktion, die eine Selbstwahrnehmung des Patienten implizieren, muß von einer stärkeren Labilität bzw. Variabilität ausgegangen werden, da die Interaktionsituation eine Bedingung der Umdefinition der kognitiven Orientiertheit des Patienten darstellt. Die höhere Defintionskompetenz des Arztes läßt erwarten, daß sich diese Elemente an die Beurteilung des Arztes anpassen. Es wird für die empirische Untersuchung also davon ausgegangen, daß sich die Bewertung der gesundheitlichen Situation der Patienten in Richtung der Arztbewertung modifiziert.

7.1 DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION DES PATIENTEN

Die subjektiv erlebte gesundheitliche Situation des Patienten umfaßt folgende abgrenzbaren Bereiche:

Die aktuelle Befindlichkeit

Die Einschränkungen durch die Beschwerden bei alltäglichen Verrichtungen

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

Die subjektive Informiertheit

Der allgemeine Gesundheitszustand

Diese Merkmale lassen sich sowohl vom Standpunkt des Patienten als auch vom Standpunkt des Arztes in ihrer kognitiven Repräsentation untersuchen. Im Hinblick auf eine potenti-

elle Modifikation dieser kognitiven Elemente in der AP-Interaktion kann man von zwei verschiedenen kognitiven Zustandsformen des Patienten ausgehen, nämlich:

vor der Konsultation

nach der Konsultation

Ebenfalls als Bestandteil der gesundheitlichen Situation kann die emotionale Besonderheit der Patientensituation betrachtet werden:

Die Beunruhigung über die Beschwerden

Die Beunruhigung über die Konsultationssituation

Auch für diese Elemente kann eine potentielle Modifikation angenommen werden, so daß von verschiedenen Zuständen vor und nach der Behandlung ausgegangen werden kann.

Kognitive Konstrukte spielen eine entscheidende Rolle für die Bewältigung und kognitive Integration von Krankheit. Als wesentliche Elemente der Rationalisierung von Krankheit lassen sich Krankheitswissen, die Beurteilung des Krankheitswissens als subjektive Informiertheit und die kausale Attribuierung unterscheiden. Auch diese kognitiven Elemente können einer Modifikation in der AP-Interaktion unterliegen, da die Anerkennung des Arztes als Experten im Falle von Diskrepanzen zwischen Patienteninterpretation und Arztinterpretation eine einseitige Uminterpretation auslöst. Ebenfalls einen Bestandteil der subjektiven gesundheitlichen Situation des Patienten stellt die subjektive Informiertheit dar. Die subjektive Informiertheit ist von der objektiven Informiertheit oder dem Krankheitswissen abzugrenzen. Das Krankheitswissen stellt die hypothesenhaften Annahmen des Patienten über seinen Krankheitszustand dar. Die subjektive Informiertheit ist die reflexive Einschätzung dieses Krankheitswissens im Hinblick auf seine Qualität, stellt

also in diesem Sinne ebenfalls einen Bestandteil der Selbstwahrnehmung des Patienten dar.

7.2 PATIENTENERWARTUNGEN, ARZTWahrnehmung UND MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

In der AP-Interaktion trifft die alltägliche Interpretation der Patientenbeschwerden und den daraus entspringenden Vorstellungen von Behandlungsnotwendigkeit und Maßnahmenadäquatheit auf das professionelle Konzept des Arztes mit medizinischem Wissen und normativen Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepten. Als Ergebnis der Interaktion lassen sich die Entscheidung des Arztes über materielle Maßnahmen sowie die Wahrnehmung und Bewertung dieser Maßnahmen durch den Patienten festhalten.

Auf Patientenseite kann man folgende kognitiven Prozesse mit Interaktionsrelevanz unterscheiden:

Der Wunsch bestimmter Maßnahmen(Wunscherwartung)

Die Erwartung bestimmter Maßnahmen (Realerwartung)

Die Wahrnehmung der Arztentscheidungen und -maßnahmen

Die Maßnahmenzufriedenheit des Patienten

Auf der Arztseite lassen sich unterscheiden:

Die Wahrnehmung der Patientenerwartungen

Die Entscheidung über die Maßnahmen

Die Unterscheidung zwischen Wunsch- und Realerwartung soll etwas näher präzisiert werden.

7.2.1 Die Wunscherwartung des Patienten

Vor der Konsultation kann die Meinung des Patienten, was für seine Gesundheit notwendig wäre, erhoben werden. Diese Frage verlangt vom Patienten eine Reflexion über die Erwartungen an die Konsultationssituation aufgrund der Einschätzung seiner Beschwerden, der Heilungsmöglichkeiten und der in der Praxis realisierbaren Handlungsweisen des Arztes sowie auf der Grundlage seines praktischen Lebenszusammenhangs. Man kann davon ausgehen, daß die Antworten zu dieser Kategorie die aus der Beurteilung der aus seinem aktuellen Lebenszusammenhang, seinen aktuellen Gesundheitsproblemen und seinen Laienvorstellungen entspringenden Wunscherwartungen wiedergeben. Die Antworten geben insofern ein Heilungskonzept des Patienten wieder, als die Möglichkeiten der Heilung und Hilfe bereits durch die Entscheidung zur Inanspruchnahme des Hausarztes eingeengt sind, da der Patient weiß, daß von vorneherein nur bestimmte Leistungen realisierbar sind. Eine über diesen Rahmen hinausgehende Validierung der Bedürfnisse des Patienten nach alternativer Hilfe oder Beratung, also nichtärztlichen Unterstützungen ermöglichen die Fragen nach anderen für seine Beschwerden in Frage kommenden Hilfe- oder Beratungsinstanzen.

Um auszuschließen, daß das Spektrum der Patientenwünsche nicht realistisch erfaßt wird, können offene Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden, in die der Patient bei einer schriftlichen Befragung einen nicht in der Liste vorkommenden Wunsch eintragen kann.

Zusammengefaßt läßt sich die eben beschriebene Kategorie der kognitiven Repräsentanz der Einschätzungen der eigenen Lebenssituation und Beschwerdenlage und der daraus resultierenden Handlungserwartungen an den Arzt als Wunscherwartung des Patienten bezeichnen. Diese Definition ist

sinnvoll, um die Wunscherwartung von der im folgenden beschriebenen Realerwartung abzugrenzen.

7.2.2 Die Realerwartung des Patienten

Die alltägliche Erfahrung, daß zwischen den Wünschen, die Patienten an die medizinische Versorgung haben und der Realisierung dieser Wünsche häufig vom Standpunkt des Patienten aus gesehen eine Diskrepanz im Sinne einer Unter- oder Überversorgung an erwünschten Leistungen eintritt, wurde der allgemeine Begriff der Erwartung differenziert.

Die Erfahrungen mit Ärzten, oder die Erfahrung besonderer Reaktionsweisen des Hausarztes bei bisherigen Konsultationen sind ein kognitives Potential, an dem die Wünsche nach konkreten Leistungen relativiert werden. Richtet man die Aufmerksamkeit des Patienten auf die konkrete aktuelle Behandlungssituation führt dies vermutlich zu einer Reflexion dieser Erfahrungen und zu einer Neubewertung der Ansprüche im Hinblick auf ihre Realisierbarkeit. Die ursprünglich geäußerten Wünsche werden in ein zweifelndes Verhältnis zu den bisherigen Erfahrungen gesetzt, woraus eine Antizipation des Nichterfüllens von Wünschen oder des Erbringens nichterwünschter Leistungen folgen kann.

Eine zentrale Hypothese unserer Untersuchung besteht somit darin, daß zwischen den Wünschen und Erwartungen der Patienten Unterschiede aufzufinden sind. Die eben beschriebene Form der Erwartung läßt sich von der Wunscherwartung semantisch am sinnvollsten durch den Begriff der Realerwartung unterscheiden. Es wird also postuliert, daß der Begriff der Erwartung nur unzureichend der Komplexität der kognitiven Prozesse des Patienten, die in die AP-Interaktion eingehen, gerecht wird läßt. Es wurde deshalb zwischen einer Erwartung des Patienten, die die seinen spontanen

Beurteilungen seiner Situation entspricht und einer Erwartung, die die Reaktionsweisen des Arztes antizipiert, unterschieden.

Für die Beurteilung der Handlungsweisen des Arztes ist diese Unterscheidung deshalb von großer Bedeutung, weil überprüft werden kann, welche Form der Erwartung in der Interaktionssituation von für die Arztwahrnehmung relevant ist. Das Kriterium zur Feststellung dieser Relevanz ist der Vergleich der beiden Erwartungsformen hinsichtlich der Wahrnehmung der Patientenerwartungen durch den Arzt.

7.2.3 Die Leistungen nach den Angaben des Patienten

Nachdem also sowohl die Patientenerwartungen als auch die Arztwahrnehmung als Voraussetzungen und Inhalte der Interaktionssituation erfaßt wurden, stellt sich die Frage nach den resultierenden Leistungen des Arztes für den Patienten.

In vielen Untersuchungen werden die Leistungen des Arztes entweder nur von seiten des Patienten (z.B. Zalewski 1984) oder nur von seiten des Arztes erhoben, wobei unterstellt wird, daß die Angaben valide sind, das heißt den realen Handlungen entsprechen. Bezieht man jedoch die pragmatischen und psychologischen Probleme einer Befragung nach einer Arztkonsultation in die Validitätserwägungen mit ein, kann bezweifelt werden, daß diese Angaben immer ein zuverlässiges Bild der tatsächlich erfulgten Maßnahmen abgeben.

Der Patient ist durch die eben erlebte Behandlungssituation abgelenkt, kann aufgeregt, beunruhigt oder in Eile sein und wird oft den Fragebogen entsprechend flüchtig ausfüllen. Zudem weiß der Patient oft nicht welche Leistungen er erhalten hat, wenn er nämlich das Rezept, den Überweisungsschein

oder ein sonstiges schriftliches Dokument erst später von der Sprechstundenhilfe bekommt.

Eine weitere Möglichkeit für die Unzuverlässigkeit der Patientenangaben liegt in der Unkenntnis der vorgegebenen Leistungskategorien, so daß abhängig von der semantischen Streuung der verwendeten Begriffe bei den Patienten unterschiedliche Vorstellungen von Leistungen hervorgerufen werden. Dasselbe Problem stellt sich schon bei der Wahrnehmung der Arztleistungen, da der Patient seine Erlebnisse nicht in Leistungs- oder Therapiekategorien faßt, sondern das Geschehen auf dem Hintergrund seiner Informiertheit über medizinische Therapie wahrnimmt und somit durch die Befragung erst zu einer Kategorisierung des eben erlebten veranlaßt wird.

Diese Vorbehalte stellen die Validität der Patientenangaben als Indikatoren für das Leistungsgeschehen in der ärztlichen Praxis in Frage. Als Alternative hierzu bietet sich die Befragung des Arztes an.

7.2.4 Die Leistungen nach den Angaben des Arztes.

Im Unterschied zum Patienten ist der Arzt routiniert in der Klassifikation und Dokumentation von von ihm erbrachten Leistungen. Unter diesen Aspekten erscheint die Validität der Arztangaben höher als die der Patientenangaben.

Zalewski (1984) wendet aus gesundheitsökonomischer Sicht hierzu ein, daß man davon ausgehen muß, daß Informationen der Anbieter über die Nachfrage bereits systematisch verzerrt sein können. Dagegen läßt sich argumentieren, daß die Informationen der Nachfrager über die erhaltenen Leistungen ebenso unzuverlässig sein können, da sie von Wunschdenken des Patienten oder durch die psychologische

Besonderheit der Situation des Patienten in der Arztpraxis bedingt sein kann.

Zalewski entschied sich bei seiner Untersuchung (1984) für die ausschließliche Befragung der Patienten. Die zeitliche und räumliche Nähe zum Interaktions- und Leistungsgeschehen war der Grund für diese Methodik. Dabei unterstellt jedoch Zalewski eine hohe Validität der Patientenangaben in der ärztlichen Praxis. Obwohl die Patienten ihre ausgefüllten Fragebögen bei den Sprechstundenhilfen abgeben mußten oder in den Praxisbriefkasten zu werfen hatten, zweifelt Zalewski nicht an der Ehrlichkeit oder Zuverlässigkeit der Patientenangaben. Dabei kann aufgrund der besonderen Interaktionskonstellation in der Arztpraxis von einem Effekt der Ausrichtung nach sozialer Wünschbarkeit oder Höflichkeit in der Beantwortung der Fragen, die das Arztverhalten betreffen, ausgegangen werden. Insbesondere die Fragen, ob der Patient Gelegenheit hatte mit seinem Arzt über seine Wünsche zu sprechen, und ob der Arzt die Wünsche alle, teilweise oder nicht erfüllt hat, erwarten eine Aussage über das Arztverhalten und können eine reflexive Bewertung des Antwortverhaltens des Patienten auslösen, da die Antwort eine Bewertung des Arztverhaltens in bezug auf die eigenen Wünsche erfordert. Die Validität von Patientenangaben in der Praxis des Arztes muß unter diesen Aspekten bezweifelt werden.

Eine Befragung von sowohl Patient als auch Arzt, wie sie in unserer Studie durchgeführt werden soll, erlaubt eine Beurteilung des Verhältnisses der Validität von Patienten- und Arztangaben. Eine endgültige Beurteilung, welche Angaben das reale Geschehen in der Arztpraxis wiedergeben, kann jedoch auch mit dieser Befragungsform nicht erzielt werden. Die nichtteilnehmende und nicht den Interaktionspartnern bewußte Beobachtung wäre das einzige objektive Vorgehen, das jedoch an praktischen und ethischen Erwägungen scheitern muß. Die Zuverlässigkeit der Angaben von Arzt und Patient läßt sich also nur theoretisch unter Inbetrachtziehung von

Bedingungsmerkmalen und durch den Versuch, Widersprüche zwischen Arzt- und Patientenangaben plausibel zu erklären, beurteilen.

7.3 LEISTUNGSEBENEN UND HANDLUNGSMITARBEIT

Die bisher beschriebenen strukturellen Unterschiede der Interaktionsrelevanz und der Validität von Daten bezüglich der realen Leistungen betreffen verschiedene inhaltliche Leistungsebenen. In der Befragung wurden folgende Leistungsebenen differenziert:

Untersuchung

Beratung und Information

Krankschreibung

Attestausstellung

Rezept für Medikament

Ärztemuster (kostenlos)

Facharztüberweisung

Krankenhouseinweisung

Massagen, Bäder, Krankengymnastik, Bestrahlungen (physikalische Therapie)

Kur

Psychotherapie

Heil- und Hilfsmittel

Hausbesuche

Wiedereinbestellung (Terminvereinbarung)

Wegen der unterschiedlichen Bezugssysteme und der unterschiedlichen Routiniertheit im Umgang mit Behandlungskategorien, werden die Bereiche in den Patientenfragebögen teilweise weniger differenziert und einfacher formuliert wiedergegeben.

Die ausführliche Kategorisierung wird in den Auswertungen aufgrund der einfachen Auszählungen um die zahlenmäßig nicht relevanten und nicht auswertbaren Bereiche gekürzt. Andere Bereiche wurden für Auswertungen zu den Interaktionseffekten zusammengefaßt, da sie nur Varianten derselben Behandlungs- bzw. Leistungsform darstellen (z.B. Physikalische Therapie in der Praxis und physikalische Therapie Verordnung; Medikament und Ärztemuster).

7.4 DIE AP-INTERAKTION ALS PHASE DER KRANKENKARRIERE

Da die Interaktion sowohl für Arzt und Patient jeweils Element eines Prozesses ist, der mehrere Konsultationen umfassen kann, kann der Ausgangspunkt einer Konsultation (die Entscheidung zur Konsultation) gleichzeitig der Endpunkt der vorhergegangenen Konsultation sein (Bestandteil des Compliance).

Ein entscheidender Unterschied liegt in der Bedeutung des Konsultationserlebens bei Arzt und Patient. Während für den Arzt eine singuläre Konsultation Bestandteil eines Routineprozesses ist, und von daher mit hoher Wahrscheinlichkeit emotional neutral, stellt die ärztliche Konsultation im All-

tagsleben der meisten Patienten ein außergewöhnliches Ereignis dar, das durch ein bestimmtes Maß an körperlichem Leiden und psychischer Belastung gekennzeichnet ist.

Der Arzt hat außerdem mit einer beträchtlichen Anzahl von Patienten zu tun, was bedeutet, daß der einzelne Patient einer unter vielen gleichberechtigten Personen ist. Für den Patienten bedeutet die Begegnung mit dem Arzt ein eher außergewöhnliches Erlebnis und ist wegen seiner relativen Unerfahrenheit in der Auseinandersetzung mit Ärzten von stärkerer emotionaler Belastung. Zudem sind die Konsequenzen der Konsultation oft von einschneidender Bedeutung für das Alltagsleben des Patienten, was eine latente antizipierte Unsicherheit des Patienten hervorrufen kann.

Ein weiterer entscheidender Unterschied in den subjektiven Voraussetzungen des Erlebens der Konsultation liegt darin, daß der Arzt den Problemen des Patienten als 'technischer Spezialist' gegenübersteht, während der Patient als 'technischer Laie' seine Probleme mittels kognitiver Strukturen und Verhaltensweisen bewältigt, die sich in der Auseinandersetzung mit seiner sozialen Umwelt herausgebildet haben und als funktional für die Bewätigung von körperlichem Leiden und psychischen Problemen bewährt haben. Funktionalität bedeutet in diesem Zusammenhang nicht optimale Problemlösung entsprechend externer Erfolgskriterien, sondern funktional im Sinne einer individuumsspezifischen Integration von Erleben in die bestehenden kognitiven Konzeptionen und entsprechend ideologie- oder konzeptspezifischen Verhaltensweisen als Resultat dieses Integrationsprozesses.

Vereinfacht dargestellt läßt sich ein breites Spektrum der ärztlichen Verhaltensweisen durch die Besonderheiten der ärztlichen Ausbildung, also durch den Prozeß der Professionalisierung bedingt, verstehen. Inwieweit diese Interpretationsmuster in die Interaktion eingehen und dann durch die Subjektivität des Arztes, also die 'Arztpersönlichkeit' variiert und modifiziert werden, kann

nicht a priori ermittelt werden, sondern ist eine empirisch zu validierende Fragestellung. Allgemein kann jedoch vermutet werden, daß das Spektrum der ärztlichen Verhaltensweisen durch den bei allen Ärzten ähnlichen Prozess der Professionalisierung und ihrer gleichen sozialen Stellung viel enger ist, als das Spektrum der Verhaltensweisen und Interpretationsmustern von Patienten.

Die Patienten unterscheiden sich hinsichtlich Ausbildung, Lebensformen, Berufstätigkeit, finanzieller und sozialer Stellung viel stärker untereinander als die Ärzte. Statistisch ausgedrückt ließe sich der Sachverhalt so formulieren, daß eine größere Homogenität der Ärzteschaft hinsichtlich sozio- und psychostruktureller Merkmale zu erwarten ist als bei den Patienten. Bei ihnen liegt eine breite Streuung dieser Merkmale vor und sie unterscheiden sich vor allem stark im Wissen über Erkrankungen und in den spezifischen im individuellen sozialen Netzwerk angeeigneten Bewältigungsformen von Krankheit. Es kann vermutet werden daß die Arztkonsultation durch die Vermittlung von arzt-spezifischen Interpretationsformen nivellierend auf die Vielfalt der Patientenorientierungen einwirkt und eine Umdefinition von Bewertungen und Verarbeitungsformen stattfinden kann, die auf Patientenseite eine kognitive Umstrukturierung bedeutet. Als entscheidende Faktoren dieser ärztlichen Definitionsmacht wurden bereits eingegrenzt:

Das Wissen des Arztes über Krankheiten, also seine Professionalität gegenüber dem Patientenproblem.

Die soziale und rechtliche Stellung des Arztes als Institution des Gesundheitswesens mit den Kompetenzen der Gewährung oder Verweigerung von Leistungen.

Die Anerkennung der ärztlichen Kompetenz durch den Patienten (meist als Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bezeichnet).

Diese Faktoren sollen im Interaktionsmodell als determinierende Randbedingungen betrachtet werden, die mehr oder weniger starke Variationen in den Interpretationsmustern der Patienten (Bewertungen, Erwartungen) auslösen.

Da die Konsultation eines Arztes einen Abschnitt innerhalb einer Krankenkarte darstellt, der verallgemeinerbare Prozeßelemente aufweist, die in einer bestimmten Reihenfolge ablaufen müssen, kann von verallgemeinerbaren Strukturelementen der Interaktion in Arztpraxen ausgegangen werden. Die Darstellung auf der folgenden Seite zeigt einen Aufriß des Untersuchungskonzepts.

Bei der Strukturierung der Untersuchung wird mit Rücksicht auf die Durchführbarkeit einer empirischen Prüfung der Hypothesen und im Hinblick auf die Operationalisierbarkeit der verwendeten Konstrukte von vorneherein ein starke Nähe zur Empirie und damit zur Alltäglichkeit der AP-Konsultation angestrebt.

Für das Modell sollen Fälle von bestimmten 'unechten' Konsultationsanlässen außer acht gelassen werden. Dies betrifft den Fall der Simulation, bei dem bewußt unwahre Tatsachen behauptet werden oder Symptome vorgetäuscht werden. Außerdem sollen Konsultationen mit rein formellen Konsultationsanlässen, also Fälle von 'Krankenschein abholen' oder 'Rezept abholen' nicht berücksichtigt werden.

Konsultation wird also im Kontext dieser Untersuchung begriffen als Aufsuchen eines Arztes durch einen Patienten aufgrund einer vom Patienten subjektiv erlebten Notwendigkeit der Hilfe oder Beratung. Darunter fallen auch Wiedereinbestellungen, da sie freiwillig sind und der Patient die Notwendigkeit der Konsultation anerkennt oder akzeptiert.

PATIENT VORHER: - Patientenwünsche - Patientenerwartungen - Bewertung der Befindlichkeit - Bewertung des Gesundheitsstatus - Informiertheit - Krankheitskonzept - Heilungskonzept - Psychische Valenz der Beschwerden	Arzt-Patient-Interaktion - Wahrnehmung der Patientenerwartungen - Eliktifizierungen - Bewertungsmodifikationen - Konzeptmodifikationen - Information, Beratung, Untersuchung - Diagnose - Arztinstruktionen - Medizinische Leistungen	PATIENT/ARZT NACHHER - Wahrgenommene Leistungen - Ärztangaben über Leistungen - Bewertung der Befindlichkeit - Bewertung des Gesundheitsstatus - Informiertheit - Zufriedenheit - Compliance - Psychische Valenz der Beschwerden
--	--	---

Entwicklung von Indikatoren für: - Beschwerden - Bewertung der Befindlichkeit - Bewertung des Gesundheitsstatus - Erwartungen - Leistungsgeschehen - Informiertheit über Ursachen, Heilung - Informationsquellen - Alternative Beratung und Heilung - Krankheitskonzepte - Heilungskonzepte - Zufriedenheit	Untersuchungsmethode: - Bereich ambulante medizinische Versorgung - Schriftliche Befragung in der Hausarztpraxis - Untersuchungsschichtprobe: 10 Arztpraxen 300 Patienten - Dreisitiliges Design: - Befragung des Patienten vor der Konsultation - Befragung des Arztes nach der Konsultation - Befragung des Patienten nach der Konsultation - Durchführungsform: - Instruktion des Praxispersonals durch geschulte Interviewer - Durchführung durch die Sprechstundenhilfe
--	--

7.5 VORKONSULTATIVE PROZESSE UND COMPLIANCE

Als vorkonsultative Phase gelten die Prozesse, die sich vor der eigentlichen Konsultation abspielen, also vor dem Aufsuchen des Arztes. Die wesentlichen Elemente dieses Prozesses sind die Symptomwahrnehmung und das nachfolgende Krankheitsverhalten, dessen erster Schritt gewöhnlich als Inanspruchnahmeentscheidung bezeichnet wird.

Bereits auf dieser Stufe der Krankenkariere spielt die kognitive Orientierung des Patienten eine entscheidende Rolle als Bedingungsgefüge und Grundlage von Wahrnehmung und Verarbeitung von Krankheit. Wenn in diesem Zusammenhang von 'Krankheit' gesprochen wird, so ist damit bereits eine verarbeitete Form der Selbstwahrnehmung des Körpers gemeint. In der Regel geht dem Erleben von Krankheit eine Veränderung von physiologischen Strukturen oder Prozessen voraus, ist aber nicht notwendige Bedingung des Erlebens von Krankheit. Auch ohne objektivierbare organische Veränderungen ist das Erlebnis von Krankheit möglich. Dies bedeutet, daß das entscheidende Kriterium von Krankheit im Bezug auf eine potentielle Konsultation die Selbstetikettierung als 'krank' darstellt. Andererseits führt eine körperliche Veränderung, die medizinisch als 'Krankheit' gilt, nicht notwendig zur subjektiven Etikettierung als Krankheit.

Die Etikettierung erfolgt auf der Grundlage eines Systems von aufeinander bezogenen Informationen, Erwartungen, Bewertungen, Attribuierungen und Interpretationsmustern, die sowohl interindividuell als auch intraindividuell variieren, wobei die interindividuelle Variation weitaus stärker ist, als die intraindividuelle Veränderung von kognitiven Mustern oder Bezugssystemen. Damit soll betont werden, daß die einzelne Konsultation immer im Zusammenhang zur Krankenkariere gesehen werden muß. Da die Prozesse der vorkonsultativen Phase jedoch nur in Einzelfalldesigns oder in Untersuchungen mit dem Gegenstand des Krankenverhaltens eingehen können,

sollen sie in unserer Untersuchung vernachlässigt werden. Dasselbe gilt für die Prozesse des Compliance, für die auf die entsprechende Literatur verwiesen werden muß.

7.6 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Als Leitlinien der Datenauswertungen sollen aufbauend auf die bisherigen Betrachtungen der AP-Interaktion folgende Untersuchungshypothesen formuliert werden. Die Fragen konzentrieren sich auf zwei Bereiche. Der erste Bereich betrifft die Selbstwahrnehmung der Befindlichkeit des Patienten und deren Modifikation durch die Interaktion. Der zweite Bereich betrifft den Verlauf der kognitiven Repräsentanz von Leistungen, also das Eingehen von Patientenerwartungen in die Konsultation und das Leistungsgeschehen.

Befindlichkeit

Die Bewertung der Krankheitsschwere und des allgemeinen Gesundheitszustands durch den Patienten ändert sich durch die Konsultation in Richtung der Arzteinschätzung. Es findet also ein Etikettierungsprozeß statt, wobei das Arzturteil im Interaktionsprozeß vom Patienten integriert wird.

Die Ärzte schätzen aufgrund ihres professionellen Bezugssystems die Beschwerden der Patienten als weniger schwer ein als die Patienten.

Die Ärzte schätzen aufgrund ihres professionellen Bezugssystems den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten als besser ein als die Patienten.

Die Ärzte legen in der Bewertung der Behinderung der Beschwerden bei alltäglichen Verrichtungen einen strengeren Maßstab an als die Patienten.

Die Beunruhigung des Patienten über die Konsultationssituation ist von der Position der Konsultation in der Krankheitskarriere abhängig. Patienten, die den Arzt nicht kennen, weisen eine höhere Beunruhigung in Bezug auf die bevorstehende Konsultation auf als mit dem Arzt vertraute Patienten.

Der Grad der Beunruhigung des Patienten über seine Krankheit ändert sich durch die Behandlung und ist abhängig von

der Arztpersönlichkeit

vom Grad der subjektiven Informiertheit des Patienten

vom Ausgangsniveau der Beunruhigung

Informiertheit:

Der Grad der Informiertheit über Ursache und Heilungsmöglichkeiten der Krankheit ändert sich durch die Konsultation.

Die Einschätzung des Patienten gegenüber seiner Informiertheit über die Krankheitsursachen entspricht der Einschätzung seiner Informiertheit über die Heilungsmöglichkeiten.

Änderungen im Grad der Informiertheit sind

patientenspezifisch (Patientenart)

arztspezifisch

Erwartungen

Die Wunscherwartung stimmt nicht mit der Realerwartung überein.

Die Wunscherwartung des Patienten stimmt nicht mit der Erwartungswahrnehmung des Arztes überein.

Der Arzt nimmt eher die Realerwartung als die Wunscherwartung des Patienten wahr.

Die Wahrnehmung der Patientenerwartungen durch den Arzt ist leistungsspezifisch.

Der Grad der Übereinstimmung der Maßnahmen des Arztes mit den Erwartungen des Patienten ist leistungsspezifisch.

Zufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit ist arztpraxisspezifisch.

Eine Diskrepanz zwischen erwarteten Massnahmen und Realmassnahmen reduziert die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung.

Änderungen der subjektiven Informiertheit wirken sich auf die Patientenzufriedenheit aus.

Interaktionseinschränkungen sind von Arzt-Patient-Diskrepanzen in den Leistungsbereichen abhängig.

Eine Diskrepanz in der Beurteilung der Krankheits-schwere durch Arzt und Patient hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit.

Patienten, die von einer Psychogenese ihrer Beschwerden ausgehen, unterscheiden sich in der Zufriedenheit nicht von anderen Patienten.

Die Beurteilung der Arztverständlichkeit ist von soziostrukturellen Patientendaten abhängig.

Die Beurteilung der Arztverständlichkeit ist arzt-spezifisch.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Fragestellungen der Untersuchung erfolgt auf der folgenden Seite.

Fragestellungen der Untersuchung

Wie unterscheiden sich die Beurteilungen der Patientenbeschwerden von Arzt und Patient?

Welchen Einfluß übt die Bewertung der Patientenbeschwerden durch den Arzt auf die Selbstwahrnehmung des Patienten aus?

Wie ändert sich die subjektive Informiertheit des Patienten durch die Arztkonsultation?

Verändert sich die Besorgtheit des Patienten wegen seiner Beschwerden durch die Arztkonsultation?

Welche Informationsquellen haben die Patienten zu Entstehung und Heilung ihrer Krankheiten?

Welche alternativen Helfer und Berater ziehen die Patienten bei ihren Beschwerden in Betracht?

Unterscheiden sich die 'Wünsche' der Patienten an die Behandlung von den 'Erwartungen' an die Behandlung?

Wie nimmt der Arzt die Wünsche bzw. Erwartungen der Patienten wahr?

Entsprechen die realen Leistungen den Patientenwünschen, den Patientenerwartungen, der Arztwahrnehmung der Erwartungen oder sind sie unabhängig davon?

Wie beurteilt der Patient die AP-Interaktion und wovon ist seine Zufriedenheit abhängig?

8.0 METHODISCHE PROBLEME

8.1 INTRA- UND INTERINDIVIDUELLE VERGLEICHBARKEIT

Eine der Fragen der Untersuchung ist darauf gerichtet, wie sich Bedingungen der AP-Interaktion auf die subjektive Bewertung von Krankheitszuständen bei Patienten und auf die Patientenzufriedenheit auswirken. Ein methodisches Problem liegt nun darin, daß es keinen für alle Personen gleichen Krankheitszustand gibt, den man quantitativ messen könnte, sondern daß jedes Individuum von spezifischen Beschwerden betroffen ist. Es wird also nicht eine Bewertung oder Interpretation eines für alle gleichen Sachverhalts gefragt, sondern die Fragen richten sich auf jeweils unterschiedliche Beschwerdebilder.

Dies birgt Konsequenzen für die intersubjektive Vergleichbarkeit der Antworten auf die Frage nach der subjektiven Befindlichkeit mit sich. Die Antworten lassen sich interindividuell nur unter Berücksichtigung von unterschiedlichen Bezugssystemen und auf der Grundlage eines allgemeinen Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffs interpretieren. Bei der Erhebung von subjektiven Befindlichkeitswerten ist daher, streng genommen, eine Vergleichbarkeit nur auf intraindividueller Ebene gegeben.

Die Feststellung einer Veränderung in der Bewertung der Befindlichkeit zwischen zwei verschiedenen Zuständen, also beispielsweise den Einschätzungen der Krankheitsschwere durch einen Patienten vor und nach einer ärztlichen Behandlung, erlaubt es, von der Art der Beschwerden abzusehen. Man erhält für verschiedene Patienten mit verschiedenen Beschwerdesituationen einen Wert für die Veränderung der Beurteilung, das heißt es wird unabhängig von der konkreten Beschwerdesituation lediglich festgehalten, ob die Bewertung

der Patienten konstant bleibt, ob sie sich ändert und falls ja, in welche Richtung sie sich verändert. In den Auswertungen sollen also drei Patientengruppen untersucht werden: diejenigen mit unveränderter Bewertung und die beiden Gruppen mit einer Bewertungsveränderung, die sich durch die Richtung der Änderung unterscheiden lassen.

8.2 BEHANDLUNGSSPEZIFITÄT VON VERÄNDERUNGEN IN DER INTERAKTION

Ebenso gewichtig wie das Problem der Beschwerdenspezifität von subjektiven Beschwerdebeurteilungen ist das Problem der Behandlungsspezifität von Bewertungsveränderungen bei einem Patienten. Entscheidend für die Beurteilung einer Bewertungsveränderung eines Beschwerdebildes ist die Frage, worauf die Veränderung in der Befindlichkeitsbewertung zurückgeführt wird. Ein Patient beispielsweise, der durch die Behandlung mittels eines ärztlichen Eingriffs von seinen Beschwerden befreit wird, beurteilt nach der Intervention in der Befragung einen anderen physiologischen Zustand als vorher.

Würde man die Beurteilungsveränderung bei allen Patienten als Effekt der AP-Interaktion im psychologischen Sinne interpretieren, käme dies einer Gleichsetzung aller Patienten im Hinblick auf die Grundlage der Bewertungsveränderung gleich. Ein intersubjektiver Vergleich der Bewertungsveränderung von Beschwerdebildern ist daher nur möglich, wenn die Veränderung des beurteilten Sachverhalts bei allen Patienten gleich ist. Patienten, bei denen sich durch eine ärztliche Intervention eine Veränderung körperlicher Strukturen oder Prozeß ergeben hat, sind also von solchen zu unterscheiden, bei denen keine Intervention im naturwissenschaftlich-medizinischen Sinne vorgenommen wurde. Zur ersten Gruppe gehören Patienten, an

denen ein chirurgischer Eingriff im weitesten Sinne vorgenommen wird, die physiotherapeutisch behandelt werden oder denen ein Medikament pareneteral oder enteral verabreicht wird. Bei der Verabreichung von Medikamenten müßte auch noch unterschieden werden, ob der Wirkungseintritt er vor oder nach dem Zeitpunkt der Zweitbefragung liegt.

Da dies in der Praxis nicht mit hinreichender Genauigkeit möglich ist, ist eine a-priori-Beurteilung dieser Patienten-Gruppe im Hinblick auf die Varianz des physiologischen Zustands nicht möglich. Bei der Gegenüberstellung von Bewertungsdifferenzen individueller Beschwerdebilder ist es somit notwendig, die Patienten behandlungsspezifisch zu differenzieren.

Idealtypisch bietet sich eine Unterscheidung in zwei Gruppen an:

Patienten, die physischen Einwirkungen ausgesetzt wurden. Hierunter fallen Patienten, die operiert wurden, die wundversorgt wurden, denen Medikamente verabreicht wurden, die physiotherapiert wurden und bei denen eine Manipulation vorgenommen wurde, die mittelbar oder unmittelbar zu einer Veränderung der subjektiven Befindlichkeit geführt hat.

Patienten, die keinen physischen Auswirkungen ausgesetzt wurden. Hierzu gehören Patienten, die beraten werden, die Medikamente verschrieben bekommen, die arbeitsunfähig geschrieben werden und bei denen Leistungen lediglich veranlasst wurden.

Bei den ersteren Patienten muß man also annehmen, daß sich die zu bewertende organische Grundlage so verändert hat, daß eine Interpretation der Bewertungsvariation als durch Interaktionsprozesse bedingt eine unzulässige Gleichsetzung von verschiedenen physiologischen Zuständen bedeuten würde. Da bei den anderen Patienten keine durch Behandlung

herbeigeführten Veränderungen vorliegen, könnte man für diese Gruppe annehmen, daß deren Variabilität in der Beschwerdenbeurteilung vor und nach der Behandlungssituation durch Interaktionsprozesse bedingt wird.

Anhand eines Beispiels, das mögliche Behandlungssituationen für die zweite Gruppe konstruiert, soll gezeigt werden, wie problematisch die Subsumption von subjektiven Befindlichkeitsveränderungen unter den Allgemeinbegriff der Interaktion sein kann. Am Beispiel zweier Patienten, die vor und nach der Behandlung dieselben physiologischen Bedingungen aufweisen, läßt sich nachvollziehen, welche Bedeutung die Etikettierung der Befindlichkeitszustände für die Bewertung dieser Befindlichkeiten bei Patienten aufweisen und wie sie damit als kognitive Komponenten wiederum die subjektive Befindlichkeit bedingen.

Zwei Patienten nehmen dieselben Symptome wahr, nämlich seit zwei Tagen starke Schluckbeschwerden. Patient A ist der Meinung, es handle sich bei seinem Leiden um eine leichte Erkältung, die er sich bei einem Ausflug zugezogen hat, und die durch sein starkes Rauchen begünstigt ist. Patient B hingegen, dessen beide Eltern an Krebs gestorben sind, der Vater an Kehlkopfkrebs, und davon gehört hat, daß Krebs erblich sein kann, ist fast überzeugt, daß es sich bei seinen Schluckbeschwerden um die sicheren Anzeichen einer entstehenden Krebsgeschwulst handelt. Er macht sich erhebliche Sorgen um seinen Gesundheitszustand und seine Lebenserwartung.

Beide Patienten entschließen sich aus unterschiedlichen Motiven einen Arzt aufzusuchen.

Würde man sich nun bei beiden Patienten bei der Konsultation des Arztes nach der subjektiven Einschätzung ihrer Krankheitsschwere erkundigen, erhielte man höchstwahrscheinlich unterschiedliche Antworten. Patient A wird seine Erkrankung als leicht klassifizieren, während

Patient B möglicherweise angegeben wird, schwer erkrankt zu sein.

Auch hinsichtlich der Angst, die die Beschwerden den Patienten bereiten, wird ein Unterschied zu erwarten sein. Patient B wird sich vermutlich ängstlicher zeigen als A.

Wurden nun durch das Gespräch mit dem Arzt die Annahmen der beiden fiktiven Patienten bestätigt, würden in der Zweitbefragung voraussichtlich die Tendenzen der ersten Antworten bestätigt oder verstärkt.

Würde jedoch der umgekehrte Fall eintreten, würden also die Einschätzungen, die Patient A gegenüber seiner Erkrankung hat, dem Patienten B als Diagnose seiner Erkrankung mitgeteilt werden und würde die Diagnose Kehlkopfkrebs dem ursprünglich sorglosen Patienten A mitgeteilt werden, ergäbe sich mit einiger Sicherheit eine Umkehrung der Einschätzung der Krankheitsschwerebeurteilung bei den beiden Patienten.

An diesem fiktiven, aber nicht unrealistischen Beispiel läßt sich verdeutlichen, daß es nötig ist, den Begriff der Interaktion zu differenzieren.

Die Veränderungen der Patientenbewertungen der Beschwerden ließen sich sowohl als Resultat einer veränderten Informiertheit über ihre Erkrankung interpretieren, als auch als Resultat der Umdefinition der Schwere der Erkrankung auf der Grundlage einer Einigkeit über den Inhalt und das Wesen der Erkrankung zwischen Arzt und Patient.

8.3 AUSWAHL DER FORSCHUNGSMETHODE

Eine Entscheidung für eine bestimmte Forschungsmethode beinhaltet immer die Entscheidung gegen andere Methoden. Es

soll deshalb auf den Gegenpol zu den quantitativen Methoden, die qualitative Sozialforschung, kurz eingegangen werden. Aus der Kritik an den sogenannten quantitativen Verfahren der empirischen Sozialforschung hat sich in den letzten Jahren eine Richtung herausgebildet, die sich selbst als qualitative Sozialforschung bezeichnet.

Von der Intensität und dem Inhalt der Kritik hängt es ab, ob sich die qualitative Sozialforschung als Ergänzung oder als Alternative zu quantitativen Methoden versteht, oder ob sie gar beansprucht, die eigentliche Erkenntnisbedingung für die Erfassung sozialer Tatsachen zu sein. Hopf (1979) grenzt die qualitative Sozialforschung durch folgende Kriterien von quantitativer Sozialforschung ab:

Es werden keine Skalen zur Messung von Individuumsmerkmalen oder Gruppenmerkmalen verwendet

Keine Verwendung von Instrumenten zur Interaktionsmessung (z.B. Balessche Interaktionsskala)

Keine nach Inhalt, Reihenfolge und Formulierung durchstandardisierten Fragebögen

Keine Tests, die standardisiert angewendet und ausgewertet werden.

Als typisch qualitative Vorgehensweisen gelten:

Unstrukturierte oder wenig strukturierte Beobachtung über kurze oder lange Zeiträume und mit unterschiedlichen Graden und Arten der Teilnahme der Forscher

Das qualitative Interview mit verschiedenen Arten der Teilnahme und als verschiedene Explorationsformen, z.B. als Experteninterviews oder als Interviews, in denen Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen der Befragten erfaßt werden sollen.

Erhebung und Analyse von Dokumenten unterschiedlichster Art (Biographien, Zeitungen, Protokolle etc.)

Der Unterschied zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung besteht nun unbestritten nicht darin, daß die erstere nur die Quantität von sozialen Tatsachen oder Prozessen bestimmen und inhaltliche Aussagen ausschließen und die letztere nur inhaltliche Aussagen unter Ignorierung des tatsächlichen Auftretens der Phänomene anstreben. Vielmehr liegt der entscheidende Unterschied zwischen beiden Verfahren im Grad der Vorstrukturiertheit, im Standardisierungsgrad und in der Dokumentationsmethodik. Daß die Auswertungen des erhobenen Materials im einen Fall durch Aggregation von Variablen über Fälle erfolgen, im anderen Fall durch eine inhaltliche Darstellung und Interpretation ist nicht primär Intention oder Zweck dieser beiden Forschungsrichtungen, sondern die Folge zweier völlig unterschiedlicher Methoden, die soziale Wirklichkeit erfassen zu wollen.

Ein Zweig oder Ursprung der qualitativen Sozialforschung, der sich 'Natural Science' (naturalistischer Ansatz) nennt und in den USA im Laufe der siebziger Jahre etablierte, versucht aus der Kritik an der kritisch-rationalistischen Vorgehensweise empirischen Arbeitens zu einer alternativen Methode der Sozialforschung zu gelangen. Gerdes (1979, S.1 f.) zitiert eine provokative These von Phillips (1971): "Personen, die mit den soziologischen Theorien vertraut sind, wissen über die reale Welt wohl kaum besser Bescheid als Leute, denen diese Theorien nicht vertraut sind."

Diese Behauptung gewinnt ihre Plausibilität dann, wenn man versucht, theoretische Erkenntnisse der Soziologie an Laien zu vermitteln, die nicht an soziologischen Theoriegebilden interessiert sind, sondern ihre eigene soziale Alltagswelt, die sie täglich in Familie und Arbeitswelt erleben, besser verstehen wollen. Ein Soziologe ist nach Phillips' Meinung nicht in der Lage, eine sinnvoll an den Alltagserfahrungen

der Laien belegte soziologische Theorie oder Interpretation der subjektiv erlebten Sozialerfahrung anzubieten, in der die Menschen ihre eigene soziale Welt wiedererkennen. Der Grund für diese Krise der empirischen Sozialforschung, also die Auflösung der Frage, warum man in der Soziologie so wenig über das reale soziale Leben weiß, liegt nach Gerdes (1979) einfach darin, daß 'es kaum die reale soziale Welt ist, die von Soziologen erforscht wird'. Da diese Unkenntnis nicht ihren Grund in der zu geringen Anzahl der vorliegenden empirischen Ergebnisse liegen kann - alljährlich werden, vor allem in den USA, eine unübersehbare Anzahl von empirischen Untersuchungen veröffentlicht - muß in der Forschungsstrategie, die diesen Untersuchungen zugrunde liegt, diesem Mangel nachgespürt werden. Gerdes (1979) faßt treffend den Algorithmus des quantitativen empirischen 'Schulbuchverfahrens' zusammen:

Auswahl des Problembereichs, Literaturstudium und Problemdefinition

Formulierung des Problems für die empirische Untersuchung, Verfügbermachung des Problems für die gängigen Auswertungsverfahren

Festlegung von Variablen, Annahme von regelhaften Zusammenhängen zwischen zwei oder mehreren Größen, Bestimmung von unabhängigen und abhängigen Variablen

Aufbereitung der Variablen zur Meßbarkeit durch Operationalisierung

Stichprobenauswahl und eventuell Pretests zur Kontrolle und Modifizierung der Meßinstrumente

Datenerhebung

Datenanalyse, Hypothesenvalidierung

Die Kritik der qualitativen Sozialforschung an diesem standardisierten Vorgehen bezieht sich nun vor allem auf die Entfremdetheit des Forschers gegenüber seinem Forschungsobjekt. Eine perfekt durchgeplante Untersuchung kann als Befragung von Nichtwissenschaftlern durchgeführt werden, deren Aufgabe routinemäßig darin besteht, für ein ordnungsgemäßes Ausfüllen der standardisierten Erhebungsinstrumente zu sorgen. Die Subjektivität des Interviewers wird dabei im allgemeinen nicht reflektiert, sondern er wird als funktionales Glied der Datengewinnung betrachtet. Die Interaktionssituation der Befragung wird gewöhnlich nicht, und wenn, dann nur in sozialpsychologischen Metastudien reflektiert. Diese Rollenteilung erlaubt auch eine Durchführung von soziologischen Untersuchungen durch Markt- und Meinungsforschungsunternehmen, die über einen erprobten Interviewerstamm verfügen, der auf Datengewinnung spezialisiert ist.

Der Sozialwissenschaftler kann also bei dieser Erhebungsart die Untersuchung vom Schreibtisch aus steuern, wobei ein Telefon und Verhandlungen mit dem durchführenden Unternehmen als Kommunikationsmittel für eine ordnungsgemäße Durchführung der Untersuchung ausreichen.

Die Entfremdetheit des Sozialforschers gegenüber seinem Forschungsobjekt wird nun damit begründet, daß die Definition der Problembereiche, die Fragestellungen und Hypothesen sowie die Meßinstrumente Ergebnisse produzieren, die nicht aus der sozialen Welt stammen, sondern aus der soziologischen Welt. Die ermittelten Inhalte sind nicht der sozialen Wirklichkeit entnommen, sondern sind Artefakte des angewandten Erhebungsinstrumentariums oder Verdinglichungen der der Alltagswirklichkeit übergestülpten Kategorien. Die Begriffe, die bei der Erforschung der Gesellschaft eingesetzt werden, stammen nicht aus ihr selbst, sind also nicht Resultat der praktischen Auseinandersetzung des Sozialforschers mit seinem Forschungsbereich, also einem bestimmten Interaktionsfeld, sondern sind dem Werkzeugkasten der sozio-

logischen Theorien entnommen. Diese Theoriekonstrukte selbst sind Verallgemeinerungen von Erfahrungen oder empirischen Ergebnissen in einem spezifischen historischen Zusammenhang, der ihre Entstehung und Zielsetzung beinhaltet. Quantitative Sozialforschung ist also nur insoweit qualitativ, als sie versucht, Aussagen, die entweder dem Alltagsverständnis des Forschers entstammen, oder aus einer etablierten Theorie abgeleitet sind, einem Vergleich mit dem erhobenen Datenmaterial auszusetzen. Hypothesen sollten also möglichst alltagsnah formuliert werden, um der Abstraktheit und der Entfremdetheit von der Alltagswirklichkeit zu entgehen.

Gerdes beklagt die Verabsolutierung des Hypothesen-Test-Modells zum Generalmodell in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Da der Inhalt der Forschung und die Art der Ergebnisse von den Hypothesen abhängt, wirft er die Frage auf, woher die Sozialforscher eigentlich ihre Fragestellungen und Hypothesen beziehen. Er schneidet damit das Thema des Entstehungs- und Verwertungszusammenhangs von empirischen Untersuchungshypothesen an. Das Problem der Entstehung oder Verwertung von wissenschaftlichen Fragestellungen wird im allgemeinen von den wissenschaftlichen Institutionen, die empirisch nach dem erwähnten Muster arbeiten, nicht weiter hinterfragt, da die Notwendigkeit brauchbare und verwertbare Ergebnisse und Informationen zu liefern, eine Reflexion der Entstehungs- und Verwertungsbedingungen leider häufig in den Hintergrund drängt.

Eine berechtigte Frage an die sogenannte qualitative Sozialforschung, der sie auch erfahrungsgemäß sofort begegnet, sobald sie den kritisch-rationalistischen Forschungsprozeß angreift, ist die Frage nach der Alternative, die sie anbietet.

Da die qualitative Kritik innerhalb der Sozialforschung bestreitet, die 'quantitativen' Forscher verfügten über die für eine sinnvolle Hypothesenformulierung notwendigen aus-

reichenden inhaltlichen Vorstellungen von ihrem Untersuchungsgegenstand, konzentriert sie sich in ihrem Bemühen, eine alternative Erkenntnismethodologie zu entwerfen, auf dieses Problem.

Da der Sozialbereich, über den der Forscher seine Hypothesen formuliert, in irgend einer Weise seiner Erfahrung entstammen müssen, liegt in der Form der Erfahrung ein wesentliches Moment der Theoriebildung.

Ein konstruiertes Beispiel soll die Relevanz der zumeist innerhalb des Forschungsprozesses unreflektierten Sozialisation der Forscherpersönlichkeit für den Prozeß der Wissenschaftsproduktion verdeutlichen.

Ein in der Oberschicht aufgewachsener Soziologe wird mit einer Untersuchung über Interaktionsprozesse in Unterschichtfamilien betraut. Dieses Beispiel drängt sofort die Frage auf, aufgrund welcher Vorstellungen und aufgrund welcher Erfahrungen dieser Wissenschaftler Annahmen über seinen Untersuchungsgegenstand generieren kann. Nehmen wir an, er hätte bisher keine Gelegenheit gehabt, in einer Unterschichtfamilie zu 'hospitieren', so stellt dies sicher kein Hindernis für ihn dar, Hypothesen über die dort ablaufenden Interaktionsprozesse zu entwickeln. Diese Hypothesen sind jedoch Resultat von kognitiven Konzeptionen, die er sich in mittelbaren Erfahrungsquellen angeeignet hat. Es handelt sich also um aus bereits interpretierten Erfahrungen abgeleitete Sekundärerfahrung. Die Medien dieser Sekundärerfahrung sind einerseits wissenschaftliche Arbeiten zum Thema und Massenmedien wie Zeitungen, Rundfunk und Fernsehen. Andererseits verfügt unser fiktiver Soziologe über spezifische Interpretationsmuster, die er sich über Unterschichtangehörige aus der Perspektive der Oberschicht innerhalb seiner Sozialisation angeeignet hat.

Geht man davon aus, daß es schichtspezifische Interpretationsmuster und Interpretationsregeln der sozialen

Wahrnehmung gibt, so muß man zumindest verschiedene kognitive Bezugsrahmen von Untersucher und Untersuchten annehmen. Das Verhältnis zwischen dem Alltagsverständnis des Forschers als wissenschaftlichem Konzept und dem Alltagsverständnis der 'Erforschten' sollte also bei Befragungen immer mitreflektiert werden.

In unserer Untersuchung wurde versucht, die Fragen so zu formulieren, wie sie dem Alltagsverständnis der Befragten entsprechen. Ausgangspunkt ist dabei die Erfahrung des Autors Arztkonsultationen, die notwendig in die Methodik eingeht. In die Untersuchung gingen aber auch Anregungen aus zahlreichen Diskussionen mit Sozialwissenschaftlern verschiedener Herkunft, Medizinern und Arztpatienten ein, die zu zahlreichen Modifikationen der ursprünglichen Fragebogenkonzeption führten.

8.3.1 Die Bezugssystemproblematik in der empirischen Forschung

Da die Untersuchungshypothesen oft auf Befragungsdaten beruhen und konkrete Fragen an Individuen nach sich ziehen, wird durch die Annahme unterschiedlicher Interpretationsmuster bei Fragendem und Befragtem die Validität von derartigen Befragungsergebnissen in Frage gestellt. Vereinfacht dargestellt heißt das Problem: Wenn der Fragende mit der Frage etwas anderes meint, als es der Befragte versteht oder wenn der Fragende die Frage in einem anderen Zusammenhang sieht als der Befragte, so wird der Fragende einen anderen Schluß aus den Antworten ziehen, als er es bei Kenntnis der Interpretationsmuster der Befragten tun würde. Da schon in die Dokumentation von Befragungsergebnissen die Interpretationen des Untersuchers eingehen, ist eine Darstellung der Antworten, wie sie von den Befragten gemeint war, also unter Einbeziehung des 'subjektiven Sinns', den die Befragten mit

Frage und Antwort verbinden, unter diesen Voraussetzungen nicht vorstellbar.

Die Inkommensurabilität der Intentionalität von individuellen Antworten mit der Aggregation von Antworten in der empirischen Sozialforschung soll an dieser Stelle nur als sekundäres methodisches Problem erwähnt werden. Es betrifft die Frage, ob Antworten, die im Fragebogen durch Ankreuzen von einer von mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gegeben werden, unter Vernachlässigung ihrer individuellen Bedeutungsvariabilität zu Variablen akkumuliert werden können oder ob diese errechnete 'Variable' ein durch die Untersuchungsmethode produziertes Artefakt darstellt.

8.4 DIE MESSBARKEIT KOGNITIVER KONSTRUKTE

Aus verhaltenstheoretischer und empirisch-pragmatischer Sichtweise entsteht beim Versuch, neben den physiologischen und motorischen Anteilen des Verhaltens auch kognitive Größen empirisch zu erfassen, das Problem der Operationalisierbarkeit kognitiver Größen. Während sich motorische und physiologische Verhaltensanteile mit naturwissenschaftlichen Methoden exakt und eindeutig operationalisieren und damit messen lassen, entziehen sich kognitive Variablen dem Instrumentarium dieser Art von Meßbarkeit.

Der Forscher ist gezwungen, die Meßgrößen erst selbst gedanklich zu konstruieren, indem er aufgrund eigener Erfahrungen und in einem Prozeß des 'Sich hineinversetzens' in fremde Subjektivität die Kategorien entwirft, mit denen er die soziale Wirklichkeit dann im Prozeß der Messung für die Befragten vorstrukturiert, und in das empirische Material integriert.

Die zu messende Größe wird also nicht wie bei naturwissenschaftlichen Messungen in der empirischen Wirklichkeit vorgefunden, sondern wird als theoretisches Konstrukt, als begriffliche (Meß-)Kategorie vom Forscher konstituiert. Bei kognitiven Variablen handelt es sich also immer, sofern sie nicht als physiologische Prozesse ausgedrückt werden, um artifizielle gedankliche Konstrukte, für die eigens eine Meßbarkeit angenommen oder unterstellt wird.

Ein weiteres Problem der Messung kognitiver Variablen besteht darin, daß sie in der Befragungssituation durch die Bedingungen und die Künstlichkeit der Befragungssituation verändert werden. Kognitive Größen werden immer in einem konkreten Interaktionsprozeß zwischen Forscher, möglicherweise vermittelt durch Interviewer, und Befragtem wirksam. Bei der Beantwortung eines Fragebogens verbindet der Befragte genauso wie in alltäglichen Interaktionssituationen einen subjektiven Sinn mit der Befragungssituation an sich ebenso wie mit jeder einzelnen Frage. Diese Bedeutungs- oder Sinnzuschreibung des Befragten geht als metabewertender Faktor in die Beantwortung der Fragen ein. Annahmen des Interviewten über Zweck, Gründe oder Umstände der Befragung beeinflussen die Weise, in der die Frage beantwortet werden sowohl formal als auch inhaltlich.

Diese Hinweise deuten bereits die Schwierigkeiten an, die Komplexität kognitiver Vorgänge valide zu erfassen. Empirische Erhebungen mittels Fragebogen lassen eben eine unmittelbare Erfassung kognitiver Prozesse nicht zu, da die Antworten der Versuchspersonen als Resultat von Antwortverhalten nicht nur inhaltliche Auskunft über kognitive Prozesse der befragten Person geben, sondern selbst wiederum von kognitiven Vorgängen gesteuert und manipuliert werden.

Die kognitiven Konzepte eines Patienten zu ermitteln ist mit standardisierten Methoden nicht möglich. Die Ermittlung von kognitiven Konzepten beinhaltet ein Verständnis der Subjektivität des Patienten, was nur durch Nachvollziehen

der Denk- und Erlebnisprozesse des Patienten möglich ist. Die qualitative Sozialforschung bietet von daher geeignetere Verfahren, kognitive Strukturiertheit zu begreifen.

Der Zusammenhang zwischen einzelnen Elementen oder Komponenten der kognitiven Konzepte läßt sich jedoch auch mit quantitativen Methoden sowohl intra- als auch interindividuell in Bezug auf Interaktionsprozesse ermitteln. Der Gegenstand verschiebt sich jedoch dabei von individuellen kognitiven Konzeptionen auf allgemeine Wirkungen bestimmter kognitiver Strukturiertheit in der Interaktion.

Beispielsweise kann man die Erwartungen des Patienten an den Arzt und die Wahrnehmung der Patientenerwartungen durch den Arzt als kognitive Strukturelemente begreifen, die für das Ergebnis der Interaktion, z.B. die Arztentscheidung Bedingungen sind.

Die Entscheidung des Arztes, bestimmte Leistungen zu veranlassen, wird also in diesem Zusammenhang als Ergebnis eines Interaktionsprozesses betrachtet, in den unterschiedliche kognitive Strukturelemente sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite eingehen.

EMPIRISCHER TEIL

9.0 DESIGN UND DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG

9.1 KONZEPTION DER UNTERSUCHUNG

Zunächst sollen die thematischen Schwerpunkte nochmals zusammengefaßt werden.

Gegenstand der Befragung sind die Prozesse in der AP-Interaktion und ihre Auswirkungen auf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands durch den Patienten. Es wird vermutet, daß die Bewertung des Gesundheitszustands durch den Patienten durch die Arztkonsultation in die Richtung der Arztbewertung modifiziert wird, das Arzturteil also eine etikettierende Funktion für die subjektive Befindlichkeit des Patienten ausübt.

Ein weiterer zentraler Untersuchungspunkt ist der Zusammenhang zwischen Patientenwünschen, Patientenerwartungen, der Arztwahrnehmung der Patientenerwartungen und dem realen Leistungsgeschehen. Daneben sollen Veränderungen der Patienteninformiertheit und ihre Auswirkungen auf die Zufriedenheit sowie die Beunruhigung über Beschwerden und Interaktionsituation im Konsultationsverlauf untersucht werden. Die Studie wurde als schriftliche Befragung von Patienten und Ärzten in Arztpraxen durchgeführt, also als sogenannte Wartezimmerbefragung.

Der Fragebogen (siehe Anhang S. 297) bestand aus vier Teilen, die in folgender Reihenfolge eingesetzt wurden. Die Inhalte der Befragungsteile sind jeweils angeben:

Patientenfragebogen 'vor der Konsultation'

Befindlichkeit
Informiertheit

Krankheitskonzept
Heilungskonzept
Patientenerwartungen

Patientenfragebogen 'nach der Konsultation'

Befindlichkeit
Informiertheit
Zufriedenheit
Wahrgenommene Leistungen
Patientenstatistik

Arztfragebogen 'nach der Konsultation'

Patientenbefindlichkeit
Wahrgenommene Patientenerwartungen
Ärztliche Leistungen

Arztfragebogen 'Arztmerkmale'

Arztstatistik

Die Befragung sollte so in den Praxisablauf integriert werden, daß die untersuchten Prozesse möglichst nicht beeinflußt werden.

9.2 ÄHNLICHE UNTERSUCHUNGSDESIGNS ZUR AP-INTERAKTION

Ausgehend von der Feststellung, daß objektive Gesundheitsmaße nur bei einigen Krankheiten vorfindbar sind, zählt Mushlin (1980) mehrere Dimensionen von subjektiven Gesundheitsmaßen auf:

Schwere der Beschwerden nach Häufigkeit
Intensität und Dauer der Symptome

Beeinträchtigung und Bettlägerigkeit
Ambiguität der Ursache
Wahrgenommene Schwere
Antizipierter Behandlungserfolg und erwartete Effekt

Anhand einer zu diesen Variablen entwickelten Itemliste (Barr's Problem Status Index) wurde zum Zeitpunkt der Konsultation und einen Monat später die Erhebung des Gesundheitsstatus bei etwa 1500 Patienten durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Untersuchung lag in der Absicht, Qualitätskriterien zur Messung der Qualitätssicherung von medizinischen Leistungen zu entwickeln. Weniger die Ableitung von inhaltlichen Aussagen über den Verlauf von Patientengesundheit, sondern vielmehr die Entwicklung eines Meßinstruments als Indikator für Gesundheitszustände von Patienten war die Absicht der Untersuchung. Die Autoren betonen die Eignung von Ratingskalen für die vergleichende Erhebung von subjektiver Gesundheit und weisen unter anderer Fragestellung nach, daß eine intraindividuelle 'Messung' von Unterschieden in der Bewertung von Beschwerden anhand von Ratingskalen durchführbar ist.

In einem englischen Rehabilitationszentrum wurden Patienten bei Aufnahme und Entlassung mit einem 82-Item Fragebogen über 12 Lebensbereiche befragt. Die Antworten wurden mit den Ergebnissen von ärztlichen Untersuchungen, Einschätzungen des Klinikpersonals und der Einschätzung von spezifischen körperlichen Funktionseinschränkungen korreliert (Martini 1976). Die höchsten Korrelationen wurden bei körperlichen Aktivitäten bzw. deren Einschränkung festgestellt. Die Autoren ziehen aus der Stärke des Zusammenhangs den Schluß, daß Patientenselbsteinschätzungen eine Alternative zu Beurteilungen durch geschultes Personal darstellen.

Der funktionale Gesundheitsstatus von 1200 Patienten wurde in 28 Arztpraxen von Nelson et al. (1983) durch eine Befragung der Patienten und deren behandelnden Ärzten erhoben.

Die Hauptfragestellung lag im Vergleich der Einschätzung der Patientenbehinderung durch Arzt und Patient. Als Ergebnis wird unter anderem festgehalten, daß die Patienten ihre Beeinträchtigungen stärker einschätzten als ihre Ärzte. Außerdem unterschieden sich die Praxen im Level des Ratings. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Wartman et al. (1983). Sie stellten bei 35 Prozent von 19000 Konsultationen fest, daß die Ärzte die Beschwerden weniger schwer einschätzten als die Patienten.

Die Beeinträchtigungen von 100 Patienten über 65 Jahre wurden von Sandholzer (1982) in einer Allgemeinpraxis durch eine schriftliche Befragung untersucht. Als Instrumente wurden ebenfalls Ratingskalen verwendet. Die Patientenangaben wurden mit den Arztangaben verglichen und es zeigte sich, daß die Angaben zu Behinderungen und Diagnosen zu fast 90 Prozent übereinstimmten. Der Autor zieht hieraus den Schluß, daß die Einschätzung von Behinderung und körperlicher Beeinträchtigung mit hinreichender Gültigkeit durch das Screeninginstrument getroffen wurden. Es handelte sich bei dieser Untersuchung um eine mehr methodische als inhaltliche Fragestellung.

Diese Untersuchungen stellen Beispiele von vergleichenden Befragungen von Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten oder von Patienten und Experten mit dem Ziel einer vergleichenden Beurteilung der Angaben für verschiedene Fragestellungen dar. Während jedoch in diesen Untersuchungen die Validität von Bewertungsskalen oder die Konkordanz von verschiedenen Beurteilungsinstanzen überprüft wurden, spielt die Veränderung von Beurteilungen als Ergebnis einer psychologischen Einwirkung keine Rolle. Meist stand also der methodische Aspekt im Vordergrund. Man kann also feststellen, daß zu Teilaspekten unserer Fragestellung sowohl inhaltlich als auch methodisch Untersuchungen vorliegen, die jedoch nicht die Interaktionsproblematik der AP-Beziehung in den Vordergrund stellen. Das 'dreistufige Vorher-nacher-Design' unserer Befragung kann deshalb auf die

Resultate von methodisch ähnlichen Untersuchungen zurückgreifen und ermöglicht durch die Besonderheit des Untersuchungsdesigns die bisher nicht erfolgte Validierung von Fragestellungen der Änderung von Patientenurteilen in Abhängigkeit von Arzturteilen. Zusätzlich erlaubt das Design eine Beschreibung der Zusammenhänge des Interaktionsverlaufs in Bezug auf Erwartungen und ärztliche Leistungen.

9.3 STICHPROBE DER BEFRAGUNG

In der Literatur finden sich keine Untersuchungen mit einem ähnlichen Design der Vorher-Nachher - Befragung der Patienten unter Einbeziehung einer Befragung des Arztes. Da die Untersuchung Pretestcharakter hat und deshalb auch das Erhebungsinstrument erprobt werden sollte, wurde die Grundgesamtheit nicht als bundesdeutsche, sondern als bayrische Patientenschaft im ambulanten medizinischen Versorgungsbereich definiert. Die Ergebnisse der Untersuchung können damit Grundlage und Erprobung einer bundesdeutschen Repräsentativstudie zur gleichen oder einer ähnlichen Fragestellung sein. Der Pretestcharakter der Untersuchung ließ auch eine relativ beschränkte Stichprobengröße sowohl auf Patienten- als auch auf Arztseite sinnvoll erscheinen.

Ein Kriterium für die Stichprobengröße lag auch im vermuteten Zusammenhang zwischen der Art des Konsultationsanlasses innerhalb der Behandlungssequenz (Erstkonsultation - Folgekonsultationen) bzw. der Bekanntheit des Arztes (neuer Patient - bekannter Patient) und der Intensität der Modifikation der Bewertungs- und Erwartungsstrukturen durch die Interaktion zwischen Arzt und Patient.

Nach den Ergebnissen der Verdenstudie (Möhr et al.1977) beträgt der Anteil der Patienten in ambulanten Praxen, die erstmals wegen einer bestimmten Erkrankung die Praxis aufsu-

chen, ca. 15 Prozent. Diese Patienten bilden die Gruppe der Erstkonsultationen für eine bestimmte Erkrankung bei einem bestimmten Arzt. Der Anteil der 'neuen' Patienten, also derjenigen, die zum ersten Mal einen bestimmten Arzt aufsuchen beträgt zwei Prozent; der Anteil der bekannten Patienten mit neuer Krankheit beträgt ca. 13 Prozent.

Die Stichprobengröße wurde deshalb so gewählt, daß diese Patienten eine auswertbare Untergruppe bilden. Legt man für diese Patientengruppe eine als noch in Auswertungen differenzierbare Anzahl von 45 zugrunde - hiervon lassen sich auch noch sinnvoll interpretierbare Subgruppen bilden - so ergibt sich eine anzustrebende Stichprobe von 300 Patienten.

Mit der ärztlichen Praxis als Untersuchungsort war auch die Methodik der Patientenselektion vorgegeben. Die Auswahl der Patienten mußte also indirekt über die Auswahl der Ärzte erfolgen.

Die Repräsentativität der befragten Patienten für die Patientenschaft in der ambulanten Versorgung kann über zwei Kriterien angestrebt werden:

Die Ärzte sind repräsentativ für die Grundgesamtheit der ambulant versorgenden Ärzte.

Die Patienten sind repräsentativ für die Patientenschaft der jeweiligen Ärzte.

Neben der Bestimmung der Anzahl der Patienten war auch eine Entscheidung über die Anzahl der Ärzte bzw. Arztpraxen erforderlich. Diese Entscheidung wurde durch folgende Erwägungen geleitet:

Die Veränderungen der zu untersuchenden Größen sollten nicht ausschließlich durch Besonderheiten von Ärzten

oder deren Praxen bedingt sein, die nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit sind.

Die Zahl der Patienten pro Arzt sollte jedoch noch so hoch sein, die Identifikation arztspezifischer Veränderungen der Patientenvariablen zu ermöglichen.

In jeder Praxis sollte eine den Untersuchungsaufwand rechtfertigende und minimierende Anzahl von Patienten befragt werden.

Die Bestimmung der Zahl der Arztpraxen war also vom Konflikt geprägt, einerseits eine hohe Zahl von Praxen und andererseits eine hohe Anzahl von Patienten pro Praxis anzustreben. Innerhalb einer Arztpraxis sollten die Zeitabschnitte der Befragung so gelegt werden, daß aufgrund zeitspezifischer Konsultationen keine bestimmten Patientengruppen bevorzugt oder vernachlässigt würden.

Der Kompromiß aus diesen widersprüchlichen Anforderungen lag darin, die 300 zu befragenden Patienten auf 10 Praxen zu verteilen, so daß sich eine durchschnittliche Anzahl von 30 Patienten pro Arztpraxis ergab.

Damit schien gewährleistet, daß sich eine für die Grundgesamtheit untypische Arzt- und Praxiszusammensetzung vermeiden ließe, da eine Streuung der Strukturmerkmale der Ärzte und der Praxen bei einer Anzahl von zehn Praxen noch möglich ist.

Das Ziel der Erreichung einer möglichst hohen Patientenrepräsentativität wurde damit ebenfalls unterstützt, da mit zunehmender Praxisrepräsentativität auch die Repräsentativität der Patienten zunimmt.

Um einen repräsentativen Querschnitt der Patientenschaft eines jeden Arztes zu erhalten und um möglichst wenig störend in den Praxisablauf einzugreifen, wurde eine ein-

fache Wahrscheinlichkeitsauswahl als Auswahlverfahren festgelegt.

Die Sprechstundenhilfe wurde instruiert, bei der Patientenauswahl einen vorgegebenen Algorithmus anzuwenden. Dieser sah vor, jeden fünften Patienten, der sich in Behandlung begeben will, in die Befragung aufzunehmen. Danach sollte zunächst überprüft werden, ob der Patient von der Befragung ausgeschlossen werden muß (Kind etc.). Gegebenenfalls wurde der nächste Patient als potentieller Proband behandelt. Grundsätzlich sollte also jeder fünfte Patient befragt werden und Ausfälle in dieser Sequenz zwar möglichst dokumentiert aber zahlenmäßig ignoriert werden.

Dieses Auswahlverfahren läßt sich aus mehreren Gründen als Zufallsauswahl bezeichnen:

Sieht man von tageszeit- und wochentagsspezifischen Effekten bei den Arztkonsultationen ab, kann man davon ausgehen, daß die Reihenfolge der Patienten zufällig ist. Saisonspezifische oder jahreszeitliche Effekte können nicht berücksichtigt werden, da die Untersuchung innerhalb eines kurzen Zeitraums abgewickelt werden muß.

Wählt man nun jeden fünften Patienten aus, hat jeder Patient die gleiche Chance, in die Stichprobe zu gelangen, nämlich 20 Prozent.

Wählt man also die Sprechzeiten für die Untersuchung repräsentativ für die Sprechzeiten der Praxis, so kann man davon ausgehen, daß eine Zufallsauswahl der Patienten des jeweiligen Arztes vorliegt.

Die Repräsentativität der Patienten wird also gezielt durch mehrere Schritte des Untersuchungsplans angestrebt:

Eine möglichst repräsentative Auswahl der Ärzte für die Hausärzte der Grundgesamtheit.

Eine möglichst repräsentative Auswahl der Sprechzeiten des Arztes hinsichtlich Tageszeit und Wochentag.

Eine Zufallsauswahl der Patienten innerhalb dieser Sprechzeiten

9.4 ABGRENZUNGEN DER STICHPROBEN

9.4.1 Ärzte und Praxen

Die Stichprobe der Ärzte wurde aus mehreren Gründen auf die Gruppe der sogenannten Hausärzte beschränkt:

Hausärzte haben erfahrungsgemäß den höchsten Anteil an Erstkonsultationen und sind damit an der Modifikation von Erwartungen und Etikettierungen der Patienten vermutlich stärker beteiligt.

Hausärzte genießen im allgemeinen das Vertrauen ihrer Patienten, werden von den Patienten aus eigener Motivation aufgesucht (geringe Zahl überwiesener Patienten) und haben deshalb vermutlich stärkeren Einfluß auf die Patientenauffassungen als Fachärzte.

Die sogenannten Hausärzte bilden das Rückgrad der ambulanten medizinischen Versorgung und sind die für die medizinische Versorgung der Bevölkerung sowohl in deren eigener Sichtweise als auch real sozialpolitisch die entscheidende Anlauf- und Schaltstelle für fast alle Leistungen des Gesundheitssystems. Sie sind damit die sozialpolitisch, ökonomisch und vermutlich auch psychologisch bedeutendste Arztgruppe in der medizinischen Versorgung.

Die Hausärzte rekrutieren sich aus folgenden drei Gruppen:

Praktische Ärzte

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Internisten (Fachärzte für innere Medizin)

Die Arztpraxen wurden also aus diesen drei Gruppen ausgewählt, wobei die Zahlenrelation innerhalb dieser Gruppen in der Grundgesamtheit der ambulanten Praxen für das Auswahlverhältnis der drei Arztgruppen zugrundegelegt wurde.

Ein sich zwangsläufig ergebendes Auswahlkriterium war die Bereitschaft der Ärzte, die Untersuchung in ihren Praxisräumen zu gestatten und selbst an der Untersuchung teilzunehmen. Die Untersuchung bedeutet einen künstlichen Eingriff in den alltäglichen Praxisablauf und damit eine Störung der routinierten Handlungen des Praxispersonals und des Arztes. Zusätzlich war zu befürchten, daß manche Ärzte die Befragung ihrer Patienten und insbesondere der neuen Patienten als nachteilig für ihre ökonomischen Interessen empfinden würden oder sie als unzumutbare Belästigung ihrer Patienten ansehen könnten.

In die Stichprobe können also naturgemäß nur Ärzte eingehen, die die Bereitschaft für eine derartige Befragung aufbringen. Die 'Rekrutierung' der Ärzte war eine der Aufgaben des Erhebungsinstituts.

9.4.2 Patienten

Bei den Patienten ergeben sich Ausfälle durch Gruppen, die von vorneherein ausgeschlossen werden und durch Gruppen deren Nichtteilnahme sich erst während der Befragung zeigt.

Von vorneherein ausgeschlossen werden folgende Gruppen:

Vorsorgeuntersuchungen
Personen unter 18 Jahre
Der deutschen Sprache unkundige Personen

Nachträgliche Ausfallgruppen sind:

Befragungsverweigerer
Patienten, die aufgrund ihrer Beschwerden nicht an der
Befragung teilnehmen können oder wollen.

Da ein entscheidendes Merkmal der Befragung die Freiwilligkeit der Teilnahme ist, muß eine Verzerrung der Ergebnisse durch gruppenspezifische Effekte in Kauf genommen werden. Da über die Gruppe der Verweigerer keine Daten erhoben werden können, sind Aussagen über diese Effekte rein spekulativer Art.

9.5 DELEGATION DER FELDARBEIT

Nachdem der Fragebogen entwickelt war und das Untersuchungsdesign konzipiert war, wurde das Projekt gegenüber vier professionellen Sozialforschungsunternehmen ausgeschrieben (siehe Anlage). Die Firmen wurden zu Kritik und Kommentierung des Fragebogens und des Designs aufgefordert, um die Erfahrungen und Kompetenzen dieser Unternehmen einbeziehen zu können. Ein Hauptgrund für die Delegation der Erhebungsdurchführung lag darin, daß weder der Autor noch sein Arbeitgeber vom notwendigen Arbeitsaufwand und Personaleinsatz her in der Lage waren, eine Feldarbeit im geplanten Ausmaß durchzuführen. Da entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt werden konnten, wurde die Möglichkeit der Delegation der Feldarbeit gewählt.

9.6 DISKUSSION DES UNTERSUCHUNGSDESIGNS

Da von vorneherein Wert auf eine kritische Auseinandersetzung mit dem Vorhaben gelegt wurde, sollen plausibel erscheinende Einwände, Abwägungen und Entscheidungen an dieser Stelle kurz in die Darstellung des Projekts miteinbezogen werden. Die Kritik und Kommentierung des Vorhabens fand sowohl in Form der schriftlichen Antworten auf die Ausschreibung als auch in Form mehrerer mündlicher Diskussionen mit Projektleitern der Sozialforschungsinstitute statt. Neben Kritik des Designs wurden auch alternative Designs vorgeschlagen, deren Berechtigung ebenfalls einer Abwägung unterzogen werden soll.

Bei der Reaktion auf die Ausschreibung ließen sich zwei Varianten von Interesse an der Untersuchung unterscheiden: Die eine bestand darin, die Konzeption als prinzipiell realisierbar und wissenschaftlich unbedenklich zu betrachten und beschränkte die Kritik auf Vorschläge zur Verbesserung der Realisierbarkeit der vorgeschlagenen Konzeption und der Akzeptanz des Fragebogens. Die zweite Variante bestand darin, die Validität der Ergebnisse des vorgeschlagenen Designs zu bezweifeln, die Durchführbarkeit in Frage zu stellen und alternative Konzepte für unsere Fragestellung vorzulegen.

Da letztlich das ursprüngliche Untersuchungsdesign beibehalten wurde, erscheint es sinnvoll, die Kritikpunkte, die Alternativvorstellungen und die Gründe, die zu einer Ablehnung der Kritik und der Alternativen geführt haben, darzustellen und zu erläutern.

Eine entscheidende Problematik des Vorhabens liegt darin, daß die zu untersuchenden Prozesse der Beurteilung von Befindlichkeiten oder Verhaltensweisen der eigenen oder anderer Personen sensibel gegenüber einer Untersuchungsform sind, die eine Reflexion dieser Prozesse provoziert und eine

Äußerung dieser Sachverhalte in schriftlicher oder mündlicher Form erfordert.

Wenn sich der Arzt darüber bewußt ist, daß die Erwartungen des Patienten unter anderem Gegenstand der Untersuchung sind, kann dies seine Aufmerksamkeit auf die Erwartungen der Patienten lenken. Er wird dann mehr als in 'normalen' Behandlungssituationen auf verbale oder nonverbale Hinweise achten, die die Wünsche des Patienten ausdrücken könnten. Ein ähnlicher potentieller Bias ergibt sich für das Leistungsverhalten des Arztes. Wenn der Arzt weiß, daß der Zusammenhang zwischen Erwartungen und Leistung eine Rolle in der in seiner Praxis durchgeführten Untersuchung spielt, kann er versuchen, je nach seinen Vorstellungen von idealem Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Arztleistungen entweder das vermeintliche Vorurteil zu widerlegen, daß Ärzte die Patienten gemäß ihren Erwartungen 'bedienten'. Andererseits könnte er meinen, widerlegen zu müssen, daß Ärzte ihren Patienten eigentlich notwendige Leistungen vor-enthalten.

In beiden Fällen entspricht das durch die Intervention ausgelöste und durch obige Reflexionen bedingte Verhalten nicht dem alltäglichen routinierten Behandlungsverhalten des Arztes. Dieses unreflektierte oder nicht unmittelbar reflektierte Verhalten des Arztes und das unreflektierte Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist jedoch der eigentliche Gegenstand der Befragung.

Die Problematik ergibt sich genauso auf der Seite des Patienten. Wenn er einen Fragebogen ausfüllt und zu seinen Erwartungen an den Arzt befragt wird, ist er gezwungen, seine Erwartungen zu thematisieren. Diese Thematisierung kann Reflexionen über die Berechtigung der Erwartungen auslösen, kann sie dadurch verstärken oder abschwächen. Diese Überlegungen betreffen zunächst nur den Bereich der Patientenerwartungen und die Wirkung der Intervention der Befragung auf diese Erwartungen. Wenn nun die Situation der

Befragung diese Inhalte qualitativ und quantitativ beeinflusst, stellt sich die Frage nach dem Artefaktcharakter der gewonnenen Daten und ihrer Inhaltsvalidität.

Ein weiteres Validitätsproblem für die Daten der Untersuchung ergibt sich aus dem Wissen des Arztes, daß der Patient nach der Behandlung zu einer Bewertung der Behandlung aufgefordert wird, wertende Angaben zur Interaktionssituation abgeben soll und schließlich seine Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Behandlung ausdrücken soll.

Man kann verschiedene Vermutungen anstellen, in welche Richtung das Arztverhalten vom alltäglichen Behandlungsverhalten zu einem 'Befragungssituationsverhalten' gedrängt wird und inwieweit die Befragungssituation die Interaktionssituation 'manipuliert'. Diese Bedenken spiegeln sich in den kritischen Varianten der Kommentare der angeschriebenen Feldforscher zu diesen Problemen:

"Sie planen, den Patienten vor und nach der Konsultation jeweils einen Fragebogen zum Selbstausfüllen aushändigen zu lassen. Wir müssen befürchten, daß damit ein methodischer Bias verbunden ist, der sich nicht unerheblich auf die Ergebnisse auswirken wird."

Der Bias wurde in folgenden Effekten vermutet:

Mangelnde Objektivität im Fragebogenausfüllen beim Patienten wegen Hemmungen der Patienten durch die Befragungssituation in den Räumen des Arztes.

Intellektuelle Überforderung der Patienten und dadurch Beeinträchtigung der Repräsentativität der Studie.

Problem der Stichprobe: alle Patienten oder nur 'neue Patienten'.

Alternative:

Mündliche, statt schriftliche Befragung: Ein Interviewer führt die Befragungen in einem abgeschlossenen Raum in der Praxis durch.

Der Arzt weiß nicht, daß die Patienten befragt werden, dadurch kein Bias durch untypisches Verhalten.

Diese Alternative wurde aus mehreren Gründen verworfen: Die Hemmungen der Patienten werden vermutlich durch mündliche Interviews nicht vermindert, sondern eher erhöht. Die Befragung durch einen Interviewer setzt unkontrollierbare und interviewerspezifische Interaktionseffekte in Kraft, sodaß von einer schriftlichen Befragungssituation eine größere Validität der Angaben erwartet werden kann. Um eine intellektuelle Überforderung auszuschließen, kann der Patientenfragebogen so gestaltet werden, daß eine umgangssprachliche Fassung der Fragen auch Unterschichtpatienten keine Verständnisprobleme bereitet. Es wurde entschieden, nicht nur neue, sondern eine Auswahl aus allen ankommenden Patienten zu befragen, um Hypothesen über patientenartspezifische Variationen in die Untersuchung einbeziehen zu können.

In vielen Praxen wird kein abgeschlossener Raum zur Verfügung stehen und eine Nichtinformierung des Arztes kam aus juristischen und pragmatischen Erwägungen nicht in Frage. Es erschien auch aus Vertrauens Erwägungen heraus nicht realisierbar, eine Befragung der Patienten in der Arztpraxis durchzuführen, ohne den Arzt darüber zu informieren, da dies einer Täuschung des Arztes gleichkommen würde.

Eine weitere Kommentierung umfaßte folgende Argumente und Alternativen:

Die Akzeptanz der Untersuchung wird wesentlich durch Interesse am Thema, Grad der Betroffenheit und den antizipierten Konsequenzen aus der Teilnahme beeinflusst.

Die Durchführung mittels Sprechstundenhilfe muß ausgeschlossen werden, da die Verbindung Arzt - Praxispersonal dem Patienten keine Sicherheit bietet, daß seine Angaben nicht eingesehen werden und wirklich vertraulich behandelt werden. Dies führt zu zwangsläufig zu einer Reduktion der Stichprobengröße.

Die Patienten haben wegen der praktizierten Form der Bestellpraxis die Patienten vor und nach der Konsultation zu wenig Zeit zum Ausfüllen der Fragebögen.

Schmerz- und Unfallpatienten stellen ein besonderes Problem dar.

Praxispersonal ist für Instruktion und Motivation der Patienten nicht geeignet, wegen mangelnder Zeit, Fähigkeit und Überzeugung.

Die Ärzte müssen befürchten, daß Patienten, denen sie die Befragung 'zumuten', den Arzt wechseln, was seinen Geschäftsinteressen widerspricht.

Der Arzt muß damit rechnen, daß die Erwartungen an ihn durch die Befragung gesteigert werden, was seinen Interessen widerspricht.

Das Wissen des Arztes um die Befragung und seine nachfolgende Beurteilung durch den Patienten wirkt sich verhaltensreaktiv auf den Konsultationsablauf aus. Durch das resultierende tendenziell 'sozial wünschenswerte Verhalten' des Arztes wird ein Untersuchungsartefakt geschaffen.

Der Arzt läßt sich nur ungern von seiner Schweigepflicht entbinden. Die Entbindung von der Schweigepflicht wirkt sich wiederum als störender Effekt in der Konsultation aus.

Der Arzt ist damit insgesamt nicht mehr geeignet artefaktfreie Antworten zu geben und das Wissen des Arztes um die Befragung des Patienten wirkt sich auf sein Verhalten wiederum artifizierend aus. Damit entsteht eine mit der Routinekonsultation nicht mehr vergleichbare Labor-Test-Situation.

Folgende Alternativkonzeption wird vorgeschlagen:

Qualitativer Ansatz mit themenzentrierter Interaktion bei zehn Ärzten in Einzelgesprächen, in denen folgende Probleme geklärt werden sollen:

Prozeß der Urteilsbildung über die Schweregrade von Beschwerden und die Konsequenzen für die Therapie.

Problem der Vermittlung dieser Urteile an den Patienten. Findet sie statt, und wenn ja, in welcher Form.

Kann sich während der Konsultation das Arzturteil ändern?

Abhängigkeit der Urteilsbildung des Arztes vom spezifischen Beschwerdebild.

Der Arzt darf nichts von der Untersuchung wissen, deshalb:

Interviewer machen in ihrer Wohngegend Personen ausfindig, die die Absicht haben, in nächster Zeit einen Arzt aufzusuchen oder bereits in Behandlung

sind. Hierzu werden 300 Interviewer eingesetzt, die jeweils einen Patienten ermitteln sollen.

Das Patienteninterview I findet getrennt unmittelbar vor der Konsultation, jedoch nicht in den Räumen des Arztes, statt. Das Patienteninterview II findet direkt nach der Konsultation statt, ebenfalls außerhalb der Praxisräume.

Der Arzt des Patienten wird nach einiger Zeit mit einer Einverständniserklärung des Patienten, die ihn von der Schweigepflicht befreit, aufgesucht und zu der betreffenden Konsultation befragt (dabei möglicherweise Verweigerungen). Alternativ können die Angaben auch durch einen ärztlichen Kollegen erhoben werden.

Folgende Erwägungen sprachen für eine Ablehnung dieser Einwände. Sie sollen in der Reihenfolge der Einwände dargestellt werden, wobei gleichzeitig auch Schritte unserer Untersuchung dargestellt werden. Die Akzeptanz einer empirischen Erhebung in Form einer Befragung ist immer von der Motiviertheit und den Reflexionen der Beteiligten abhängig, so daß diese Phänomene als Bias in jede Untersuchung eingehen. Der artifiziellen Situation, die durch die Intervention im Konsultationsverlauf geschaffen wird, muß in der Interpretation der Ergebnisse Rechnung getragen werden. Das Organisationsproblem der Befragung, die einen Eingriff in den routinierten Praxisablauf darstellt, wird versucht, dadurch zu bewältigen, daß die Fragebogen selbstinstruierend sind, also von der Sprechstundenhilfe nur sehr globale Instruktionen in Form einer Bitte zur Teilnahme ausgehen.

Das Datenschutzproblem und die Problematik der Vertraulichkeit wird durch die Zusicherung an den Patienten, daß seine Angaben nur in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden, versucht zu lösen. Die Befragung wird so gestaltet, daß der Patient den

ausgefüllten Fragebogen in eine versiegelte Urne steckt und ihm damit kommuniziert wird, daß weder der Arzt noch das Praxispersonal seine Angaben zu Gesicht bekommen. Das Zeitproblem des Patienten wird dadurch gelöst, daß die Patienten über den wissenschaftlichen Sinn der Untersuchung im Fragebogen informiert und durch ein symbolisches Präsent (Blumengutschein) zur Befragung motiviert werden. Für Schmerz- und Unfallpatienten ist wegen der ausdrücklichen Freiwilligkeit der Befragung die Nichtteilnahme selbstverständlich. Außerdem spielt diese Gruppe innerhalb der Konsultationen zahlenmäßig keine Rolle.

Man kann davon ausgehen, daß nur Ärzte der Befragung zustimmen, die keinen ökonomischen Schaden erwarten und an sozialwissenschaftlichen Studien interessiert sind. Da die Arztstichprobe nur zehn Ärzte umfaßt, ist die Teilnahmeverweigerung von einzelnen Ärzten kein Hindernis, da es vermutlich nicht schwerfällt, zehn positiv motivierte Ärzte zu finden. Die Ergebnisse sind wie bei allen empirischen Untersuchungen unter dem Vorbehalt der Teilnahmebereitschaft der Beteiligten zu interpretieren.

Die verhaltensreaktiven Effekte beim Arzt werden dadurch stark gemildert, daß der Arzt nicht weiß, welche der Patienten an der Untersuchung teilnehmen, da nur eine Quote der Patienten befragt wird. Vermutlich wird sich zu Beginn der Befragung seine Aufmerksamkeit auf die Erwartungen der Patienten steigern. Durch die Alltagsroutine und die große Zahl von unbeteiligten Patienten zwischen den Teilnehmern wird sich vermutlich dieser Effekt im Laufe der Befragung sehr stark abmildern.

Eine Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht ist nicht nötig, da die Patienten anonym bleiben und keine personenbezogenen Daten produziert werden. Die artifizielle Situation, wird durch die bereits angesprochene Integration der Befragung in den Praxisablauf und der immer geringeren Aufmerksamkeit des Arztes auf die Befragung relativiert.

Außerdem sind die Angaben des Arztes für ihn persönlich bedeutungslos, so daß durch eine eher extrinsische Motiviertheit des Arztes aufgrund der Bezahlung seiner Tätigkeit durch das kooperierende Institut eher eine Ablenkung vom Inhalt der Befragung zu erwarten ist. Das Ausfüllen der Fragebogen erhält für den Arzt dieselbe formale Bedeutung wie das Ausfüllen der Patientenkarten, sodaß eine unbefangene Bearbeitung der Fragebögen erwartet werden kann.

Die vorgeschlagene Alternative zielt vielmehr auf den Prozeß der Urteilsbildung bei Ärzten, als auf die in unserem Design beabsichtigte Untersuchung von Modifikationsprozessen beim Patienten durch die Arztbewertungen. Der Verlaufsscharakter einer AP-Interaktion läßt sich natürlich auch mit Ärzten theoretisch themenzentriert diskutieren. Dies entspricht jedoch einer anderen Fragestellung, da die Untersuchung von theoretischen Konzeptionen der Ärzte zum alltäglichen Praxisablauf nicht den Praxisablauf in der Objektivität wiedergeben kann, wie eine Befragung der Interaktionspartner nach der Interaktion.

Die vorgeschlagene Trennung der Befragungssituation von der Interaktionsituation werden nicht die Erwartungen in der konkreten Situation des Arztbesuchs ermittelt, sondern potentielle Erwartungen. Der Zustand des Patienten wird sich sowohl psychologisch als auch medizinisch in der Konsultationssituation höchstwahrscheinlich verändern. Dasselbe gilt für die Nachherbefragung des Patienten. Die Bewertungen in der eigenen Wohnung entsprechen nicht mehr den spontanen Reaktionen nach der Behandlung. Das Alternativdesign würde zu einer Loslösung der kognitiven Variablen von der Konsultationssituation führen und damit die Urteile bei Arzt und Patient verallgemeinern. Die Erwartungen des Patienten aufgrund seiner konkreten Problemsituation können nicht mit den eher weltanschaulichen Erwartungen in einer Situation des nicht von Krankheit betroffen seins gleichgesetzt werden.

Da das Alternativdesign also auf eine andere Problemstellung gerichtet ist und die Nachteile von mündlichen Interviews und der Nichtinformierung des Arztes bereits dargelegt wurden, wurde das Alternativdesign verworfen. Außerdem erscheint die vorgeschlagene Befragung mit der hohen Interviewerzahl und dem Prozeß der Patientensuche praktisch unrealisierbar und zu aufwendig (300 Ärzte müßten jeweils zu einem Patienten befragt werden).

9.6.1 Befragungsdurchführung

Nachdem entschieden worden war, daß die Studie extern durchgeführt werden sollte, wurden als Aufgaben des durchführenden Instituts folgende Erhebungsschritte definiert:

Endgültige Konzipierung der Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem Verfasser

EDV-gerechtes Layout und Druck der Fragebögen

Kontaktaufnahme mit den Arztpraxen und Organisation des Befragungsablaufs in Kooperation mit Arzt und Praxispersonal. Die Befragung wurde ohne Anwesenheit eines Interviewers durchgeführt, sodaß eine präzise Vorstrukturierung des Untersuchungsablaufs und eine ausführliche Instruktion des Praxispersonals notwendig war. Diese Einweisung sollte vom durchführenden Institut geleistet werden.

Verteilung und Sammlung der Fragebögen

Erstellung eines Datenbands und Kodierplans

Abwicklung der Entlohnung der Ärzte

Ausgewählt wurden die sogenannten 'Hausärzte', um den Bereich der primärärztlichen Versorgung zu erfassen. Die Arztstichprobe wurde deshalb auf praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten beschränkt. Strebt man eine Patientenstichprobe von $n=300$ an, ergibt eine Verteilung auf 10 Ärzte eine Patientenquote von 30 je Arzt. Die Stichprobe wurde wegen des Pretestcharakters der Studie zunächst auf bayerische Ärzte beschränkt.

Die Zufälligkeit und Repräsentativität der Patientenstichprobe wurde mittelbar über die Arztstichprobe angezielt, da eine feste Quote der Patienten, die sich behandeln ließen, zur Beantwortung aufgefordert wurden. Es wurde auch darauf geachtet, daß alle Sprechzeiten des jeweiligen Arztes stichprobenartig in die Befragung eingehen, um die Patientenstichprobe nicht nach bestimmten Patientengruppen zu verzerren.

Kinder und nicht deutschsprachige Ausländer sowie Patienten, die den Arzt wegen einer Vorsorgeuntersuchung aufsuchen, wurden von der Patientenstichprobe ausgeschlossen.

Die Befragung fand in schriftlicher Form statt, wobei das durch das durchführende Institut instruierte Praxispersonal die Aufgabe der Instruktion und Motivation der Patienten für die Befragung übernahm. Den Patienten wurde versichert, daß ihre Daten anonymisiert werden und nur in aggregierter Form für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden.

Außerdem wurde in einem Satz auf der ersten Seite kurz auf den Auftraggeber hingewiesen (Forschungsinstitut des Bundes und des Freistaates Bayern) und bemerkt, daß wichtige Fragen über den Gesundheitszustand von Patienten niedergelassener Ärzte beantwortet sollten. Auf eine genauere Beschreibung der Fragestellungen wurde verzichtet, um das Antwortverhalten möglichst nicht zu beeinflussen.

Um die Gesamtvalidität der Befragung zu erhöhen, wurde eine Befragungssituation angestrebt, in der der Patient die Fragebögen in Ruhe ohne die Anwesenheit von fremden Personen und dem Praxispersonal ausfüllen konnte (also möglichst nicht im Wartezimmer mit anderen Patienten).

Nachdem die Patienten vom Praxispersonal instruiert worden waren, erhielten sie den Patientenfragebogen I zum Ausfüllen. Dabei wurde auch auf die Anonymität der Angaben gegenüber dem Arzt und der Sprechstundenhilfe hingewiesen.

Sobald der Patient vom Sprechzimmer zurückkam, erhielt er den Patientenfragebogen II.

Der Arzt erhielt gleichzeitig den Arztfragebogen I. Unabhängig davon wurde vom jeweiligen Interviewer für jeden Arzt einmal vor dem Befragungsprojekt der Arztfragebogen II ausgefüllt. Die Befragung wurde so organisiert, daß sie in den Praxisbetrieb integriert wurde, der Arzt also beispielsweise den Arztfragebogen I automatisch zusammen mit der Patientenkarte erhielt.

Um Verwechslungen der Fragebogenteile möglichst auszuschließen, wurden die verschiedenen Fragebogenteile in verschiedenen Farben gedruckt und die Anfangsbuchstaben von Name und Vorname sowie das Geburtsjahr des Patienten am Anfang eines jeden Fragebogenteils festgehalten.

Um den Schutz der Daten zu gewährleisten und zu demonstrieren, wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben, die Fragebögen in
itut verschlossenen Umschlägen jeweils in ein verschlossenes Behältnis (Urne etc.) zu hinterlegen, ebenso dem Arzt.

Die Befragung wurde innerhalb von drei Wochen im Monat November 1984 abgewickelt.

Nach Abschluß der Befragung wurde von den Interviewern ein standardisierter offener Fragebogen ausgefüllt, in dem folgende Punkte abgefragt wurden:

Reaktion des Arztes auf die Darstellung der Untersuchung
Einwände des Arztes
Reaktionen der Arzthelferin und Einwände
Beeinträchtigung des Praxisablaufs
Reaktionen der Patienten
Probleme während der Feldphase
Verweigerungen von Patienten und Gründe

Die ausgefüllten Interviewerfragebögen sind im Anhang ab Seite 316 abgedruckt.

Ein Schema, aus dem die Struktur und die Inhalte der Befragung hervorgehen, ist auf der folgenden Seite abgebildet.

Die Fragen zum Gesundheitsstatus (Frage 2 - 9) wurden einer Arbeit von Potthoff (1984) entnommen, um vergleichbare Ergebnisse zu Studien mit Krankenhauspatienten im Bereich der Bewertung von Krankheitszuständen zu erzielen.

Struktur und Inhalte der Befragung

Patientenbefragung vor der Konsultation

Aktuelle Beschwerden
Grad der Beeinträchtigung durch Beschwerden
Bewertung von Beschwerden und Gesundheitsstatus
Grad der Besorgnis wegen Beschwerden
Subjektive Informiertheit über Ursache und Heilung
Bisherige Informationsquellen
Ursachenzuschreibung
Behandlungswünsche
Behandlungserwartungen
Alternative Helfer und Berater

Patientenbefragung nach der Konsultation

Bewertung der Interaktionssituation
Subjektive Informiertheit über Ursache und Heilung
Bewertung von Beschwerden und Gesundheitsstatus
Zufriedenheit mit der Behandlung
Grad der Besorgnis wegen Beschwerden
Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
Angaben über Maßnahmen des Arztes
Beurteilung der Befragung

Patientenbefragung vor der Konsultation

Angaben zur Person
Alter, Geschlecht, Familienstand
Schulbildung
Art der Versicherung
Berufstätigkeit
Art der Arbeit
Bewertung der Arbeitsfähigkeit
Sonstige Probleme

Arztbefragung nach der Konsultation

Patientenstatus
Hauptdiagnose
Nebendiagnosen (max. 6)
Wahrnehmung der Patientenerwartungen
Diagnostische und therapeutische Maßnahmen
Bewertung von Beschwerden und Gesundheitsstatus
Bewertung der Beeinträchtigung durch Beschwerden

10.0 ERGEBNISSE UND INTERPRETATION

10.1 MERKMALE DER ARZTSTICHPROBE UND DER ARZTPRAXEN

Da aus den bereits beschriebenen Gründen die Arztstichprobe auf nur zehn Ärzte beschränkt wurde, kann bei dieser Untersuchung keine Repräsentativität der Ärzte für die bayrische Ärzteschaft zugrundegelegt werden. Trotzdem sollen zur Veranschaulichung der Auswahl einige Strukturmerkmale der Stichprobe beschrieben werden.

Unsere Arztstichprobe setzt sich aus vier Internisten, vier Ärzten für Allgemeinmedizin und zwei sogenannten praktischen Ärzten zusammen. Von den Ärzten sind vier weiblichen und sechs männlichen Geschlechts. Das Alter reicht von 37 bis 55 Jahre und beträgt im Durchschnitt 43,5 Jahre. Die Arztpraxen befanden sich sämtlich im nordbayerischen Raum. Fünf der Praxen befinden sich in einer Großstadt, eine im großstädtischen Einzugsgebiet, zwei in kleineren Städten und zwei in ländlichen Gebieten.

Die Praxisgröße kann aus den Indikatoren 'Personal in der Praxis' und 'Scheinzahl pro Quartal' erschlossen werden. In einer Praxis, die bis zu 400 Scheine abrechnet, arbeitet der Arzt allein und eine Praxis beschäftigt 12 Personen und rechnet mehr als 2000 Scheine ab. Die restlichen Praxen verfügen über zwischen zwei und vier Personen Praxispersonal und schwanken zwischen bis zu 400 und bis zu unter 2000 Scheinen pro Quartal.

Das Niederlassungsjahr der Ärzte schwankt von 1968 bis 1982, wobei die jüngeren Praxen überwiegen. Drei der Ärzte waren mehr als zehn Jahre vor ihrer Niederlassung im Krankenhaus tätig, zwei weniger als zwei Jahre.

10.2 BESCHREIBUNG DER PATIENTENSTICHPROBE

Die am Ende des zweiten Patientenfragebogens erhobenen Antworten erlauben eine Beschreibung der Patientenstichprobe nach einigen wesentlichen sozialstatistischen Merkmalen. Die Stichprobengröße betrug 280 Patienten, die auf 10 Arztpraxen verteilt waren. In acht Praxen nahmen 30 Patienten an der Untersuchung teil, in zwei Praxen nur 20 Patienten.

Etwas weniger als zwei Drittel (63,4%) der Befragten sind weiblichen Geschlechts; entsprechend waren mehr als ein Drittel der Patienten (36,6%) männlich. Das Durchschnittsalter der befragten Patienten beträgt 44,5 Jahre. Die Altersmaxima und -minima liegen bei 83 bzw. 14 Jahren. Mehr als die Hälfte der Patienten gaben an, verheiratet zu sein (53,6%), ein Viertel ist ledig (25,4%), der Rest (21,1%) getrennt, geschieden oder verwitwet. Wiederum ein Viertel der Befragten leben alleine in ihrem Haushalt, 34,9% leben zu zweit, 32,0% leben zu dritt oder viert in einem Haushalt, und der Rest (7,3%) der Patientenhaushalte umfaßt mehr als vier Personen. Zwei Drittel der Befragten führen den Haushalt selbst, 14,7% mit Hilfe von anderen Personen; ein Fünftel der Patienten führt den Haushalt nicht selbst.

Auf die Frage, bei welcher Kasse sie versichert seien, geben 36% die AOK, 32,5% eine Ersatzkasse, 13,4% eine private Krankenversicherung und 18% eine sonstige Versicherung an.

Die meisten der Befragten haben als Schulabschluß die abgeschlossene Volksschule (36,1%), 16,4% haben einen niedrigeren, 47,5% haben einen höheren Abschluß, darunter 12,1% Abitur. Die Hälfte der Befragten gibt an, berufstätig zu sein, jeweils etwa ein Fünftel ist Hausfrau bzw. in Rente; 2,6% der Patienten sind arbeitslos und 5,8% sind noch in Ausbildung.

Von den Berufstätigen geben ein Viertel an, schwere oder sehr schwere körperliche Arbeit verrichten zu müssen. Drei Viertel führen nach eigenen Angaben leichte oder keine körperliche Arbeit aus. Auf die Frage, welche Konzentration die Berufstätigkeit im allgemeinen erfordere, gaben 86,2% der Berufstätigen starke oder sehr starke Konzentration an. Diese Angaben weisen darauf hin, daß die Patienten in ihrer Berufstätigkeit im Durchschnitt stärker geistig als körperlich belastet werden. Zwischen dem körperlichen Schweregrad und dem Konzentrationsgrad der Arbeit (Fragen I und J) ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($p=0,17$).

Aus den Angaben, die die Sprechstundenhilfen ausgefüllt hatten, zeigt sich, daß fast alle Patienten (97,1%) deutscher Nationalität sind.

Für den Grund der Konsultation waren sechs Kategorien mit Mehrfachangabemöglichkeit vorgegeben, wobei 88,2% der Patienten (auch) wegen einer Krankheit, 16,7% (auch) wegen eines Rezepts und 6,8% (auch) wegen einer Überweisung die Praxis aufsuchten. Drei Patienten kamen (auch) wegen eines Notfalls bzw. Unfalls.

Fast alle Patienten kamen aus eigener Initiative (93,2%), der Rest (6,8%) wurde überwiesen. Die für mehrere Fragestellungen entschiedene Klassifikation der Patienten nach der Stellung der jeweiligen Konsultation in der Krankengeschichte ergibt verglichen mit der Verdenstudie folgende Patientengruppen (in Klammern: Verdenstudie, bereinigte Daten):

Neue Patienten	11,9% (2,0%)
Bekannte Patienten mit neuer Erkrankung	29,9% (15,0%)
- mit alter Erkrankung	49,3% (75,0%)
- mit alter und neuer Erkrankung	9,0% (8,0%)

Die Verteilungsunterschiede erklären sich vor allem dadurch, daß der Befragungszeitraum der Verdenstudie länger war (12

Wochen), und deshalb für viele Patienten mehrere Konsultationen vorliegen (88% der Patienten hatten mehr als eine Konsultation). Die Daten sind deshalb nur bedingt vergleichbar.

Die folgende Seite zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten soziostrukturellen Daten unserer Patientenstichprobe.

Um die Übersichtlichkeit zu erhöhen, wurden gegebenenfalls die ursprünglichen Antwortkategorien des Fragebogens neu zusammengefaßt.

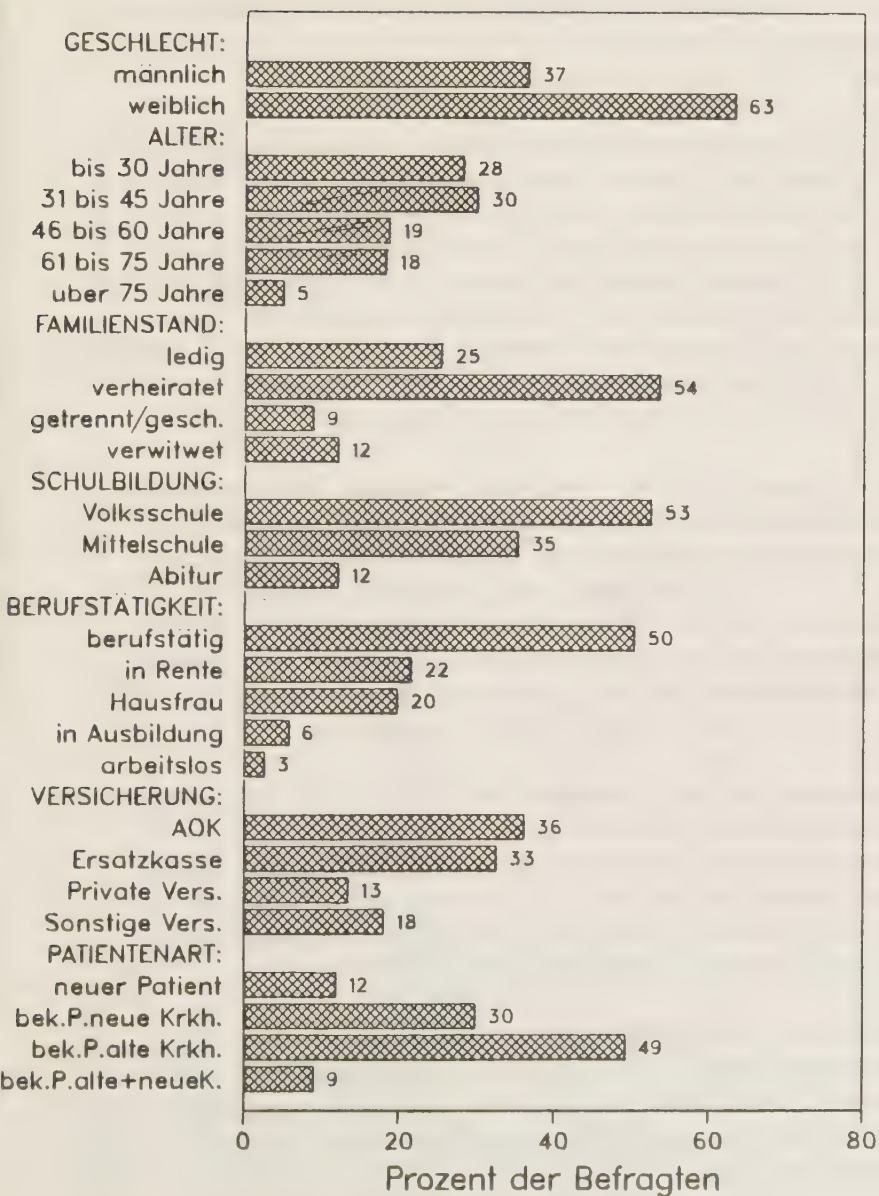
10.3 EINZELFALLDARSTELLUNG DURCH KONSULTATIONSPROTOKOLLE

Die Antworten der befragten Patienten und Ärzte wurden nach einem entsprechend dem Fragebogen entwickelten Kodierplan eingegeben und auf Magnetband übertragen. Da mit dem Kodierplan nur die geschlossenen (angekreuzten) Antworten erfaßt werden konnten, wurden die Antworten auf die offenen Fragen (schriftliche Formulierungen) auf einer Liste mit den Identifikationsnummern der Patienten dokumentiert.

Die offenen Antworten wurden in der Datenaufbereitungsphase ebenfalls explizit und wörtlich eingegeben, so daß neben den statistischen Auswertungen der geschlossenen Fragen auch Auswertungen der expliziten Antworten der Patienten möglich waren.

Zur Überprüfung der Plausibilität der Datensätze wurden nach den routinemäßigen Datenaufbereitungs- und Formatierarbeiten, die hier nicht näher geschildert werden sollen, auch Ausdrücke der einzelnen Konsultationen vorgenommen. Hierzu wurde eine Prozedur entwickelt, die die Ergebnisse der neunzehn Seiten eines jeden Fragebogens auf einem einseitigen Computerausdruck übersichtlich und

Abbildung 1.0:
Merkmale der befragten Patienten



möglichst vollständig ausgibt. Um den strukturellen Besonderheiten der Befragung gerecht zu werden, wurde teilweise die tabellarische Darstellung gewählt. Der Verlauf der Konsultation in den Bereichen Zustandsbewertung und kognitive Repräsentanz der Maßnahmen ist damit für jeden einzelnen Patienten einsehbar.

Eine stichprobenartige Durchsicht dieser Konsultationsprotokolle erlaubt das schnelle Auffinden systematischer Fehler in der Datengenerierung. Beispielsweise sind Krankschreibungen bei Berufstätigen oder starke Diskrepanzen zwischen den fünf erhobenen Ebenen der kognitiven Repräsentanz der Maßnahmen oder Bewertungen denkbar. Konkrete Beispiele hierfür wären etwa ein sehr häufiges Auseinanderklaffen von Arzt- und Patientenangaben zu den Maßnahmen oder ungewöhnlich viele fehlende Werte bei einzelnen Variablen.

Es zeigte sich jedoch, daß die wenigen aufgefundenen Unplausibilitäten nicht durch Fehler in der Dateneingabe oder Dateiangenerierung erklärt werden konnten, sondern auf Fehler in der Erzeugung des Konsultationsprotokolls zurückzuführen waren. Dies ist auch plausibel, da dieses Programm komplexer strukturiert war, als Anwendungsprogramme der Dateiangenerierung und der statistische Datendarstellungen, die bereits als Softwarepakete vorliegen.

Die Abbildung auf der folgenden Seite zeigt ein Beispiel eines Konsultationsprotokolls.

Die Daten wurden so verändert, daß eine Identifikation des Patienten nicht möglich ist. Da das Ziel der Darstellung in diesem Fall in der Darstellung der Logik der Untersuchung liegt, sind die Daten auch inhaltlich irrelevant.

Im Unterschied zur aggregierenden Datenanalyse bietet die Einzelfalldarstellung anhand der Ursprungsdaten die Möglichkeit einer explorativen Durchsicht der Protokolle, die die Entwicklung neuer Fragestellungen bzw. Hypothesen zur Folge haben kann.

Ein weiterer Vorteil der Protokolldarstellung liegt in der Möglichkeit der vergleichenden Gegenüberstellung von Pati-

Vergleiche:	vorher	Arzt	nachher	Kur	Krh.-neinw.	Termin
Behinderung:	keine	-	-	-	-	-
Haushalt:	etwas	etwas	-	-	-	-
Behinderung Essen etc:	übern. nicht	etwas	-	-	-	-
Schmerzgrad zur Deshwerden:	leicht	weniger schwer	weniger schwer	-	-	-
Baumruhigt:	ein wenig	ein wenig	ein wenig	-	-	-
Allgem. Ges.zust:	mäßig	sehr gut	mäßig	-	-	-
Arbeitsfähigkeit:	-	-	-	-	-	-
Informiert: Urzacht:	gut	teilweise	teilweise	-	-	-
Informiert: Heilung:	teilweise	teilweise	teilweise	-	-	-
Patient will:	ja	ja	nein	nein	nein	nein
wod rechnet mit:	nein	-	nein	nein	nein	ja
Art meint P. will:	ja	-	nein	nein	nein	nein
Anstehen Maßn.:	nein	-	nein	nein	nein	ja
Patientenverb.::	nein	-	nein	nein	nein	nein
Genaue Verfahren lt. Arzt: EKG Labor	Miebereinstellung	-	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Behandlung insgesamt:	zufrieden es war alles verständlich, genug Zeit für Untersuchung	-	-	-	-	-

entenbeschwerden und Arzt Diagnosen. Eine statistische Auswertung der offenen Fragen ist nur bei einer Rekodierung der Antworten möglich. Da für die Kodierung von Patientenbeschwerden und Arzt Diagnosen bei 280 Fällen kein befriedigendes Kodierschema zur Verfügung steht und seine Zweckmäßigkeit aus mehreren Gründen fraglich ist (Abstraktion vom konkreten Fall, Informationsverlust, Subjektivität der Kodierung) wurde auf eine weitere Verschlüsselung der offenen Fragen verzichtet.

Eine Ausnahme von diesem Vorgehen wurde bei den Antworten zur Frage nach sonstigen Problemen (Frage L) gemacht, da sehr viele ähnliche oder gleiche Antworten vorlagen. Insgesamt betrachtet eröffnet die Methode der Darstellung mittels Konsultationsprotokollen zahlreiche Auswertungsmöglichkeiten inhaltlicher Art (Vergleich Patienten- Arztssicht der Beschwerden, Beschwerdenspezifität von Patientenangaben, Diagnosespezifität von ärztlichen Leistungen, die den Rahmen unserer Fragestellungen sprengen. Die einzelfallbezogene Darstellung läßt die Möglichkeit von eher qualitativen statt statistischen Interpretationen offen, bringt aber den Nachteil der geringeren Übersichtlichkeit über die Gesamtstichprobe durch die fehlende Informationskomprimierung mit sich.

10.4 DIE AKZEPTANZ DER ÄRZTE

Die Reaktionen der Ärzte auf die Bitte, an der Untersuchung teilzunehmen, sind teilweise in den Interviewerfragebögen im Anhang S. 316 dokumentiert. Die Reaktionen reichten von starkem Interesse an der Durchführung und den Ergebnissen bis zu starken Einwänden hinsichtlich Durchführbarkeit und Behinderung des Praxisablaufs. Für einige Ärzte waren

frühere Kontakte zum durchführenden Institut das ausschlaggebende Motiv für ihre Teilnahme.

10.5 DIE PATIENTENMEINUNG ZUR BEFRAGUNG

Auf die Aufforderung, die Meinung zur Befragung abzugeben, reagierten fast genau zwei Drittel der Befragten mit einem Kommentar, der eine Stellungnahme oder Bewertung enthielt. Ein Drittel der Befragten verzichteten auf einen Kommentar oder beantworteten nur die beiden letzten Fragen mit 'nein'. Die Meinungen der 189 auswertbaren Antworten wurden in drei Kategorien gegliedert. Die erste Kategorie enthält lobende, befürwortende und positiv-kritische Stellungnahmen. Diese Kategorie umfasst 110 Personen, was einem Anteil von 39% an der Gesamtstichprobe und einem Anteil von 58% an den auswertbaren Stellungnahmen entspricht. Die zweite Kategorie wurde als 'neutrale Antworten' gefaßt. Hierunter wurden Kommentare subsumiert, die weder ausdrücklich eine zustimmende oder ablehnende Haltung erkennen ließen, jedoch verbal auf in Form von Anmerkungen, Kommentaren oder Fragen auf die Erhebung eingingen. Diese Kategorie umfaßte 22 bzw. 33% der Befragten. Die dritte Kategorie enthält eindeutig ablehnende oder ablehnend kritisierende Kommentare. Der Anteil dieser Gruppe beträgt 6 bzw. 9%. Von den Befragten, die eine Stellungnahme abgaben, äußerten sich demnach 58% positiv, 33% neutral und 9% ablehnend zu unserer Befragung.

Die Patientenmeinungen sind aufgeschlüsselt nach diesen drei Kategorien im Anhang ab Seite 319 aufgelistet. Da die Frage aus drei Teilen besteht, kann auch die Antwort aus mehreren Teilen bestehen, die sich dann jeweils nacheinander auf die drei Fragen beziehen.

Die meisten der zustimmenden Meinungen beschränkten sich auf eine positive Bewertung der Befragung. Ein Teil der

Befürworter erwartet oder erhofft sich von der Befragung eine Verbesserung des Arzt - Patientenverhältnisses oder ist der Meinung, daß die Untersuchung den Patienten zugutekommen könnte. Einige beurteilen die Befragung insgesamt positiv, halten jedoch einige der Fragen für überflüssig oder beklagen sich über die Wiederholungsfragen. Drei Patienten haben eine Kritik an den Ärzten ('Eilzugtempo', 'nur der Krankenschein zählt', 'nicht viel Zeit für die Patienten'), beziehen diese Kritik jedoch ausdrücklich nicht auf ihren Arzt, sondern auf die Ärzteschaft insgesamt oder bemerken, daß dies für ihren Arzt nicht zutrifft.

Unter den als neutral eingestuften Kommentaren befanden sich einige, die in der Befragung bestimmte Problembereiche vermißten, so z.B. die Atmosphäre der Arztpraxis, spezielle psychische Probleme oder andere individuelle Fragestellungen. Einige Patienten konnten den Zweck der Befragung nicht einschätzen oder äußerten Mißtrauen hinsichtlich der Verwendung der Daten. Insgesamt überwiegen jedoch auch in dieser Gruppe zustimmende Meinungen.

Von den wenigen ablehnenden Meinungen hielten einige die Befragung für unpersönlich, überflüssig und oberflächlich, oder zu lang und nur fünf Patienten hatten eine pauschal ablehnende Haltung zur Befragung ('Krampf', 'überflüssig').

Insgesamt kann jedoch bei den teilnehmenden Patienten von einer sehr hohen Akzeptanz und positiver Beurteilung der Befragung ausgegangen werden. Die Mehrheit der Teilnehmer befürwortet die Befragung und hält sie für sinnvoll. Die sehr niedrige Zahl der negativen Bewertungen muß unter dem Vorbehalt der Freiwilligkeit der Teilnahme gesehen werden, sodaß vermutlich Personen, die keinen Nutzen in der Befragung annahmen, von vorneherein nicht daran teilgenommen haben.

Über das Ausmaß der Ablehnung der Teilnahme können aus den Berichten der Interviewer Anhaltspunkte gewonnen werden

(siehe Anhang S. 316). Demnach war die Verweigerungsrate arzt spezifisch sehr verschieden, woraus geschlossen werden kann, daß die Akzeptanz der Patienten sehr stark von der Motivierung durch die Arztpraxis und von der Art der Integration der Untersuchung in den Praxisablauf abhängig war.

10.6 AUSWERTUNGSMETHODE

Da in der Untersuchung der Bewertungen von subjektiven Zuständen ein Meßbegriff verwendet wird, der aufgrund der Bezugssystemproblematik den Schwerpunkt auf die intraindividuellen Veränderungen legt, werden zur Betrachtung von Veränderungen in der Interaktion folgende methodischen Regeln angewandt.

Interindividuelle Unterschiede werden lediglich in eindimensionalen Statistiken dargestellt, wobei die interindividuell verschiedenen Bezugssysteme der Bewertung mitgedacht werden müssen.

Die Patienten werden zunächst danach unterschieden, ob sie ihre Meinung geändert haben oder nicht.

Diejenigen Patienten, die ihre Meinung geändert haben, werden nach der Richtung der Meinungsänderung unterschieden.

Daraufhin wird untersucht, ob sich die auf diese Weise gebildeten Gruppen auch durch andere Kennzeichen oder Einflüsse unterscheiden.

Ein Nachteil dieses Verfahrens liegt in der Vernachlässigung des Ausmaßes der Meinungsänderung. Es wird also nicht weiter unterschieden, ob ein Patient beispielsweise die Beurteilung seiner Gesundheit von 'sehr gut' auf 'gut' oder

auf 'sehr schlecht' modifiziert. Eine Gegenüberstellung der vorher - nachher - Beurteilungen der Veränderungsvariablen zeigte, daß diese Vernachlässigung für die Datenanalyse keinen oder nur sehr geringen Informationsverlust bedeutete. Bei der Beschwerdenbeurteilung änderten weniger als zwei Prozent der Patienten ihre Beurteilung um mehr als eine Stufe auf der Antwortskala. Beim aktuellen Gesundheitszustand waren es weniger als ein Prozent, bei Informiertheit jeweils etwa zehn Prozent und bei Beunruhigung ca. sechs Prozent. Die starken Veränderungen bei Informiertheit und Beunruhigung lagen fast vollständig in einer Richtung (besser informiert und weniger beunruhigt), so daß eine Vernachlässigung dieser Effekte aufgrund der geringen Fallzahl und der Unipolarität für die Auswertungen keine Bedeutung hat.

Die mit varianzanalytischen Analysen verbundenen Probleme und Voraussetzungen der Skalenqualität und der Verteilungsannahmen werden durch unsere Methode umgangen. Ebenso erübrigt sich eine Berücksichtigung der von Rennert (1977) und Zielke (1980) dargestellten Probleme der Veränderungsmessung. Da streng genommen keine Veränderung 'gemessen' wird, sondern ein Vergleich zweier Aussagen vorgenommen wird, und die Stärke der Veränderung ignoriert wird, werden die aus meßtheoretischen Annahmen häufig resultierenden Trugschlüsse über die Intensität von Veränderungen vermieden.

Für die Analysen werden diskrete Gruppen von Patienten herangezogen, die sich zudem anschaulich beschreiben lassen. Eine Gruppe bilden stets die Patienten, bei denen keine Änderung der Bewertung stattgefunden hat. Die beiden anderen Patientengruppen, die ihr Urteil ändern, sind die eigentlichen Zielgruppen der Analysen und ebenfalls plausibel und leicht beschreibbar.

Sämtliche Analysen finden also auf Kontingenztafelniveau statt, was den Vorteil der leichteren Darstellbarkeit der

Ergebnisse mit sich bringt und die Verständlichkeit aufgrund der Überflüssigkeit von Parametern der zentralen Tendenz (Mittelwerte etc.) erhöht.

Zusammengefaßt kann also festgehalten werden, daß der Gegenstand der Analysen die Veränderung der Häufigkeit von durch die Befragung etablierten Gruppen darstellt. Sowohl für die Analyse des Bewertungsproblems als auch für die Analyse der kognitiven Ebenen für medizinische Leistungen werden Kontingenztafeln zugrundegelegt.

Diese Sichtweise beinhaltet die Nutzung einer Analysemethode, die unter den Stichworten Kontingenztafelmodelle oder loglineare Modelle bekannt geworden sind. Da auf deren Charakteristik nicht hier nicht ausführlich eingegangen werden kann, soll lediglich auf weiterführende Literatur verwiesen werden (Birch 1963; Bishop 1969; Bishop et al. 1975; Küchler 1979; Benedetti 1978, Langeheine 1980). Das Prinzip dieser Modelle besteht darin, zwischen den Kategorien von Variablen nur die Relationen gleich - ungleich zu berücksichtigen, also nominal skalierte Variablen zu analysieren. Loglineare Modelle erlauben die Kontrolle des Effekts dritter, vierter oder weiterer Variablen auf die Zellenbesetzungen von zweidimensionalen Kreuztabellen. Es werden also nicht nur zweidimensionale Kreuztabellen betrachtet, sondern n-dimensionale Tabellen, wobei die Schranke für die Berechenbarkeit von Modellen oder der Testung von Hypothesen in der schnellen Abnahme der Zelhäufigkeiten bei Erhöhung der Dimensionalität der Tabellen liegt. Eine 4-dimensionale Häufigkeitstabelle mit Merkmalen mit jeweils vier Ausprägungen besitzt 256 Zellen, was einen hohen Anteil von leeren Zellen bedeutet, wenn man eine Stichprobengröße von $n=280$ zugrundelegt. Die Fragestellungen der loglinearen Modelle lauten vereinfacht dargestellt, ob sich hypothetische Modelle mit den empirisch erhobenen Daten vereinbaren lassen, ob der Einfluß von unabhängigen Variablen oder deren Wechselwirkung signifikant ist und ob sich diese

Effekte quantifizieren lassen. Aufgrund von Modellannahmen kann dann die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Responsevariablen unter den Bedingungen der in das Modell eingehenden Merkmalskombinationen geschätzt werden. Da unsere Untersuchungsabsicht jedoch nicht in der Prädiktion von Patienten- oder Arztverhalten liegt, wird auf eine Angabe von Verhaltenswahrscheinlichkeiten bei bestimmten Merkmalskombinationen verzichtet. Vielmehr wurden die Testmodelle eingesetzt, um empirisch ermittelte Zusammenhänge auf Signifanz zu prüfen.

Die für die Testung von Hypothesen bei unseren Auswertungen verwendeten Verfahren sind die SAS-Prozedur Funcat und BMDP4F (Two-way and multiway Frequency tables - Measures of Association and the loglinear Model), die in den entsprechenden Handbüchern (SAS 1982, Dixon 1981) genau beschrieben sind. Weiter wurde eine explorative Suchmethode angewandt, die darin bestand, sämtliche möglichst dichotomisierten Variablen nach unabhängigen und abhängigen Variablen zu unterscheiden und mittels Chi-Quadrat-Test auf Unabhängigkeit zu testen. Als Signifikanzkriterium wurde hierbei aus technischen Gründen $p < 0,001$ festgelegt. Traten für eine abhängige Variable mehrere signifikante Abhängigkeiten auf, wurden mit diesen Testverfahren nach Abwägung der Plausibilität die Effekte auf Wechselwirkungen und Pseudokorrelliertheit getestet.

10.7 DIE BESCHWERDENSITUATION DER PATIENTEN

Die gesundheitliche Situation der Patienten vor Beginn der Konsultation wurde anhand folgender Indikatoren erhoben:

Angaben der Beschwerden

Bettlägerigkeit

Beeinträchtigung im Beruf oder bei der Haushaltsführung

Beeinträchtigung bei Essen, Schlafen, Körperpflege

Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit

Aktuelle Beschwerdenstärke

Schweregrad der Beschwerden

Gesundheitszustand insgesamt

Beunruhigung über Beschwerden

Diese Merkmale wurden im ersten Patientenfragebogen erhoben und beruhen also auf Patientenangaben. Da die Patienten unterschiedliche Bezugssysteme der Bewertung haben und jeweils einen anderen Sachverhalt beurteilen, müssen univariate Statistiken dieser Variablen unter diesem Vorbehalt betrachtet werden. Sie haben also keine analytische, sondern höchstens grob deskriptive Bedeutung.

Einige kennzeichnende Besonderheiten der Daten der Beschwerdensituation der Patienten sollen kurz beschrieben werden. Etwa 5% der Patienten sind ganztätig bettlägerig. Etwa ein Drittel sind in Haushalt oder Beruf stark beeinträchtigt, etwa ein Fünftel bei Essen, Schlafen, Körperpflege. Ebenfalls ein Fünftel der Patienten ist zumindest teilweise oder manchmal pflege- oder hilfsbedürftig. Genau ein Drittel der Patienten kam mit starken oder sehr starken Beschwerden in die Praxis, während 15% angaben, keine Beschwerden zu haben. Ihren aktuellen Gesundheitszustand hielten 37% für gut oder sehr gut und 12% für schlecht oder sehr schlecht. Über ihre Beschwerden waren 23% mindestens stark beunruhigt und etwa 20% gaben an, sich nicht zu beunruhigen. Da der Gegenstand der Analyse die Veränderung der Einschätzungen der Patienten ist, sollen die punktuellen Ergebnisse nur deskriptiv darge-

stellt werden und keinen weiteren Interpretationen unterzogen werden.

10.8 DARSTELLUNG DER ÄNDERUNGSVARIABLEN

Zum Vergleich mit den Erstangaben der Patienten wurden folgende Bereiche nach der Konsultation erhoben:

bei den Patienten

Schweregrad der Beschwerden

Gesundheitszustand insgesamt

Beunruhigung über Beschwerden

bei den Ärzten

Beeinträchtigung im Beruf oder bei der
Haushaltsführung

Beeinträchtigung bei Essen, Schlafen, Körperpflege

Schweregrad der Beschwerden

Gesundheitszustand insgesamt

Eine univariate Darstellung des Vergleichs von Patientenbewertungen bzw. Patienten- und Arztbewertungen zeigen die Darstellungen auf der folgenden Seite.

Die obere Graphik gibt den Vergleich der Patientenaussagen vor und nach der Konsultation wieder. Die untere Darstellung zeigt einen Vergleich der Patientenmeinung vor der Konsultation mit der Arztmeinung.

Abbildung
Vergleich von Patientenvariablen vor und
nach der Konsultation

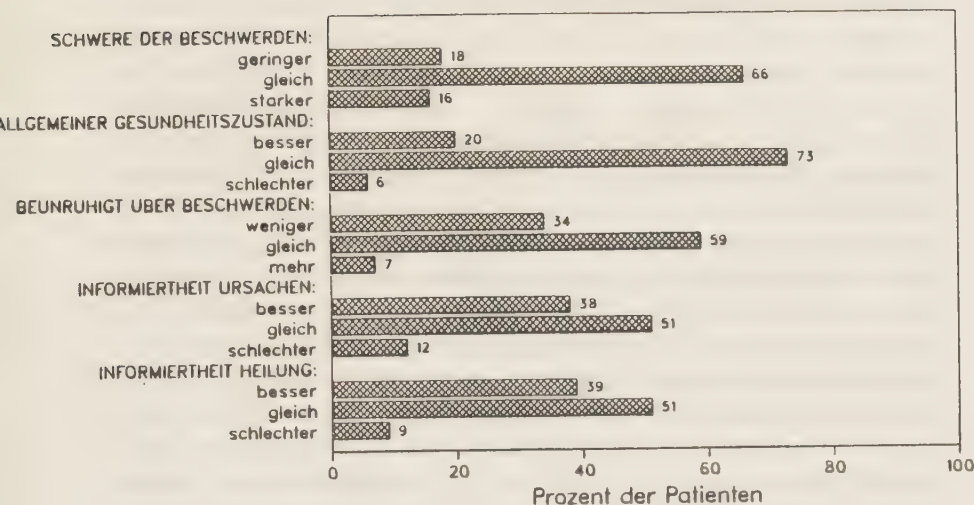
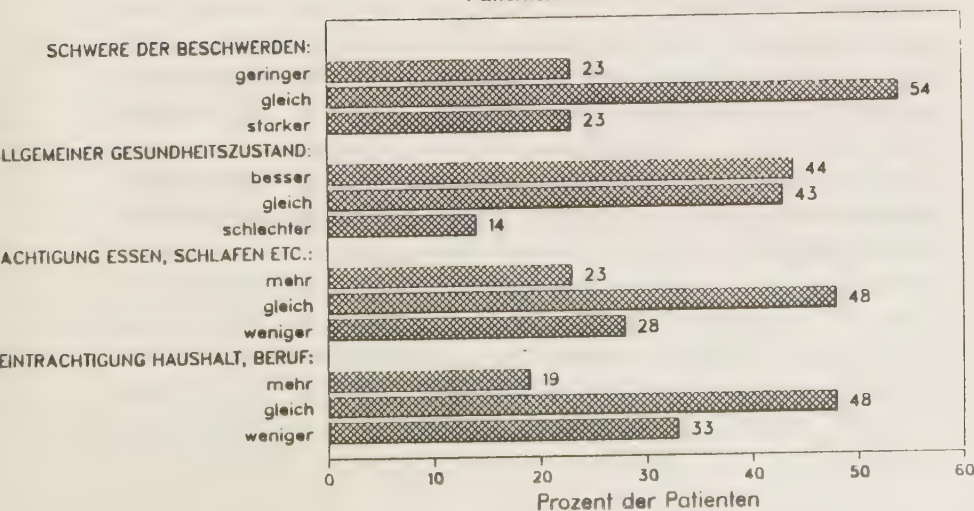


Abbildung
Vergleich des Arzturteils mit dem
Patientenurteil vor der Konsultation



Beide Darstellungen zeigen, daß sich jeweils drei Patienten-
gruppen bilden lassen, da die drei Möglichkeiten immer aus-
reichend hoch besetzt sind, so daß ein statistischer
Vergleich der Gruppen erreicht werden kann.

Um den Effekt einer physiologischen Verbesserung des
Gesundheitszustands auf die Art der Bewertungsänderung von
Beschwerden und Befindlichkeit zu kontrollieren, wurden die-
jenigen Patienten zu einer Gruppe zusammengefaßt, die eine
körperliche Behandlung erhalten hatten (Injektion, physika-
lische Therapie in der Praxis, Quaddelbehandlung,
Wundversorgung, kleine Chirurgie etc.). Diese Gruppe der
körperlich behandelten Patienten (n=61) wurde den restlichen
Patienten gegenübergestellt und auf Unterschiede in der Vor-
her - nachher - Beurteilung von Beschwerden und
Gesundheitszustand überprüft. Es ergaben sich keine
signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen (p
 $>0,05$). Auch in der deskriptiven Prozentverteilung konnten
keine nennenswerten Unterschiede gefunden werden. Man kann
also vermuten, daß sich eine Veränderung der subjektiven
Befindlichkeit aufgrund einer körperlichen Behandlung noch
nicht zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens, also
sofort nach der Konsultation, manifestiert hat. Die mil-
dernde Wirkung von Injektionen oder Eingriffen tritt, wenn
überhaupt, vermutlich erst in einer späteren Phase der
Behandlung ein. In der Untersuchung der Veränderung der
Bewertung der Befindlichkeit kann also die Wirkung von
körperlichen Eingriffen vernachlässigt werden.

Auf die Bewertungsunterschiede in den verschiedenen
Bereichen und deren Bedingtheit soll im folgenden näher ein-
gegangen werden.

10.9 BEWERTUNGEN DER PATIENTENBEFINDLICHKEIT

Als Beurteilung des Schweregrades der Beschwerden und des Gesundheitszustands jedes Patienten liegen jeweils drei Urteile vor: Die Angaben des Patienten vor und nach der Behandlung und das Arzturteil. Entsprechend unserer zentralen Hypothese, daß das Patientenurteil über die eigene Befindlichkeit vom Arzturteil beeinflußt wird, betrachten wir die Veränderung des Patientenurteils in Zusammenhang mit dem Arzturteil. Die Frage nach dem Schweregrad der Beschwerden lautete vor und nach der Konsultation (Frage 8 bzw. Frage 6): "Wie würden Sie aus Ihrer Sicht den Schweregrad Ihrer Beschwerden beschreiben?".

Zwei Drittel der Patienten änderten ihre Meinung zu ihrer Beschwerdesituation im Verlauf der Konsultation nicht, d.h. daß ein Drittel der Patienten nach der Konsultation einen anderen Beschwerdeggrad angaben als vorher.

10.9.1 Bewertungsdifferenzen zwischen Patient und Arzt

Eine univariate Hypothese in der Form einer einfachen Tatsachenbehauptung lag darin, daß die Ärzte aufgrund ihres professionellen Krankheitskonzepts und dem daraus resultierenden unterschiedlichen Bezugssystem in der Bewertung von Beschwerdebildern den Zustand der Patienten anders einschätzten als die Patienten selbst. Es zeigte sich, daß in fast der Hälfte der Konsultationen (46%) der Arzt die Beschwerdesituation des Patienten anders sah, als der Patient selbst. Jedoch konnte die vermutete Tendenz, daß die Ärzte die Beschwerden der Patienten eher leichter einschätzten als die Patienten nicht auf dem univariaten Niveau bestätigt werden, da in jeweils der Hälfte dieser

Fälle die Beschwerden der Patienten als leichter bzw. als schwerer gesehen wurden.

10.9.2 Die Beschwerden in der Sicht von Patient und Arzt

Zunächst soll die Übereinstimmung der Angaben der Patienten vorher und nachher betrachtet werden.

Jeder dritte Patient (93 Personen) beurteilte nach der Konsultation den Schweregrad seiner Beschwerden anders als vorher.

Von diesen Patienten wiederum beurteilten 54% (50 Personen) ihre Beschwerden als leichter und 46% (43 Personen) ihre Beschwerden als schwerer als vor der Konsultation. Nachdem wir also feststellen konnten, daß ein Drittel der Patienten die Meinung über ihre Beschwerden geändert hat, bleibt zu untersuchen, ob diese Änderung in Zusammenhang mit der Beurteilung des Arztes steht.

Von den 43 Patienten, die ihre Beschwerden nach der Behandlung als schwerwiegender einstufen, schätzte bei 31 Patienten (72%) der Arzt die Beschwerden ebenfalls als schwerwiegender ein. Bei 12 dieser Patienten (28%) schätzte der Arzt die Beschwerden so ein, wie der Patient vorher und in keinem Fall schätzte sie der Arzt als leichter ein.

Von den 50 Patienten, die ihre Beschwerden nach der Behandlung als weniger schwer einstufen, schätzte bei 27 Patienten (54%) der Arzt die Beschwerden ebenfalls als leichter ein. Bei 22 dieser Patienten (44%) schätzte der Arzt die Beschwerden so ein, wie der Patient vorher und in einem Fall schätzte sie der Arzt als schwerer ein.

Diese Ergebnisse deuten bereits darauf hin, daß eine hohe Konkordanz zwischen der Änderung der Patientenmeinung und der Arztmeinung in der Einschätzung des Beschwerdenschweregrads besteht.

Der gleiche Sachverhalt läßt sich auch vom Verhältnis des Arzturteils zum ursprünglichen Urteil des Patienten aus betrachten:

In 44% der Fälle in denen der Arzt die Beschwerden als leichter einstufte als der Patient vorher, änderte auch der Patient seine Meinung in diese Richtung, 56% der Patienten änderten ihre Bewertung nicht und kein Patient beurteilte seine Beschwerden als schwerer.

Wenn jedoch der Arzt die Beschwerden als schwerer einschätzte als der Patient dies ursprünglich tat, schätzte auch die Hälfte der Patienten ihre Beschwerden danach als schwerer ein, die andere Hälfte blieb bei ihrer Meinung und nur ein Patient schätzte sie dann als leichter ein.

Zusammenfassend läßt sich zur Beschwerdenbewertung feststellen, daß 34% der Patienten (93 Personen) ihre Meinung zur Schwere ihrer Beschwerden änderten. Davon änderten 58 Personen (62%) ihre Meinung in Richtung des Arzturteils. Nur ein Patient änderte seine Meinung im Gegensatz zur Arztmeinung und 34 Patienten (38%) änderten ihre Meinung obwohl der Arzt die Beschwerden genauso einschätzte wie der Patient ursprünglich. Für die Annahme, daß die Ärzte die Beschwerden als leichter einschätzen als die Patienten konnten keine Anhaltspunkte gefunden werden. Ein Test der Wirkung des Arzturteils auf das Patientenurteil erwies sich als signifikant ($p < 0,0001$). Hierzu wurde die Verteilung der Unterschiede der Patientenurteile untereinander mit denen zwischen dem Patientenurteil vorher und dem Arzturteil kreuztabelliert und Chi-Quadrat-gestestet. Die Überprüfung der Arztspezifität der Beschwerden erbrachte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärzten. Ebenso wenig

konnte eine signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen (neue Patienten, bekannte Patienten, Frage 1 Arztfragebogen) gefunden werden. Auch die explorative Analyse erbrachte keine signifikanten Effekte von Variablen auf die Änderung des Patientenurteils.

Die im theoretischen Teil dargestellten Ausführungen über die etikettierende Wirkung des Arzturteils auf das Patientenurteil in der Konsultation scheinen also soweit zuzutreffen, daß wenn ein Patient seine Beschwerden nach der Konsultation anders beurteilt als vorher, diese Änderung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit in Richtung des Arzturteils erfolgt. Dieser Effekt erwies sich als unabhängig von der Stellung der Konsultation in der Krankenkariere (neuer Patient, bekannter Patient etc.) und liegt mit einer hohen Homogenität in allen untersuchten Arztpraxen vor. Der modifizierende Einfluß des Arzturteils scheint also für unsere Untersuchung verallgemeinerbar zu sein, wobei die geringe Anzahl von 10 Arztpraxen berücksichtigt werden muß.

Der eben beschriebene Zusammenhang zwischen dem Arzturteil und der Veränderung des Patientenurteils ist auf der oberen Abbildung der folgenden Seite dargestellt.

Die Vergleichswerte beziehen sich jeweils auf das ursprüngliche Urteil des Patienten. Die Prozentzahlen drücken den Anteil an der Gesamtstichprobe aus.

10.9.3 Der Gesundheitszustand in der Sicht von Patient und Arzt

Derselbe Zusammenhang ist für die Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand auf dem unteren Histogramm dargestellt.

Die Frage nach dem allgemeinen aktuellen Gesundheitszustand lautete vor und nach der Konsultation (Frage 22 bzw. Frage

Abbildung
Die Änderung der Beschwerdenbeurteilung durch die
Patienten in Abhängigkeit vom Arzturteil

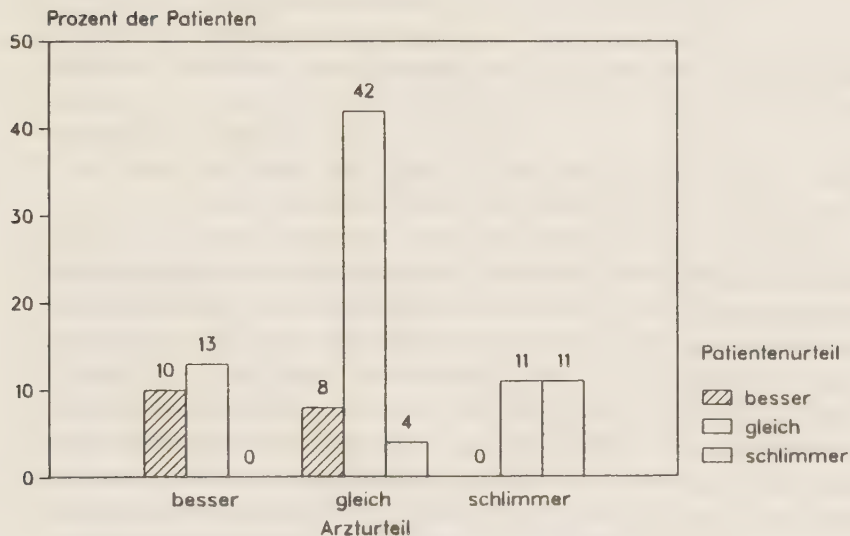
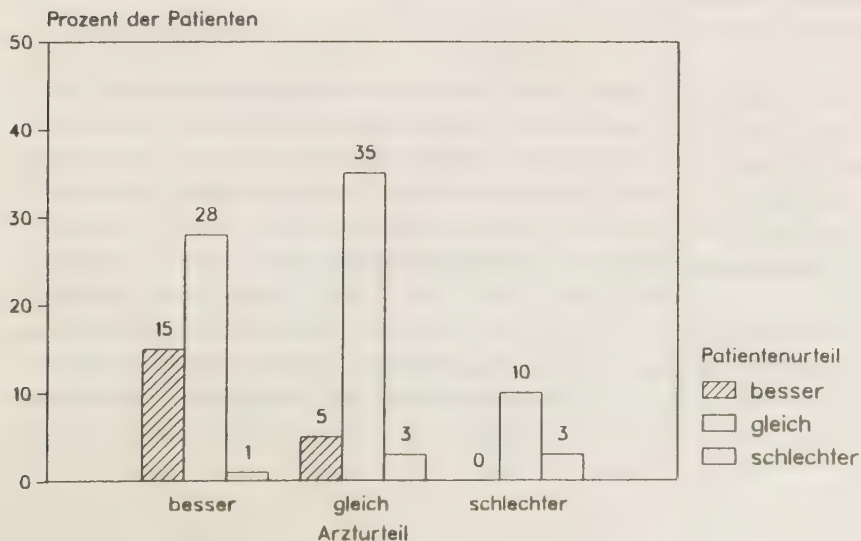


Abbildung
Die Änderung der Beurteilung des Gesundheitszustandes
durch die Patienten in Abhängigkeit vom Arzturteil



10): "Wie würden Sie insgesamt ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?". Die fünf vorgegebenen Kategorien reichten von sehr gut bis sehr schlecht. Zunächst soll die wieder die Übereinstimmung der Angaben der Patienten vor und nach der Konsultation betrachtet werden.

Etwa ein Viertel der Patienten beurteilte nach der Konsultation ihren Gesundheitszustand anders als vorher.

Von diesen Patienten wiederum beurteilten 76% (57 Personen) ihren Zustand als besser und 24% (18 Personen) ihren Zustand als schlechter als vor der Konsultation. Bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands änderten also weniger Patienten ihre Meinung als bei der Bewertung des Beschwerdenschweregrads. Von den Patienten, die ihre Meinung änderten, gaben mehr als drei Viertel einen besseren Gesundheitszustand an als vor der Behandlung. Wiederum soll untersucht werden, ob diese Änderung in Zusammenhang mit der Beurteilung des Arztes steht.

Von den 57 Patienten, die ihren Zustand nach der Behandlung als besser einstufen, schätzte bei 41 Patienten (72%) der Arzt den Zustand des Patienten ebenfalls als besser ein. Bei 15 dieser Patienten (26%) schätzte der Arzt den Gesundheitszustand so ein, wie der Patient vorher und bei einem Patient (2%) schätzte sie der Arzt als schwerer ein.

Von den 18 Patienten, die ihren Gesundheitszustand nach der Behandlung als schlechter einstufen, schätzte bei 8 Patienten (44%) der Arzt den Zustand ebenfalls als schlechter ein. Bei 7 dieser Patienten (39%) schätzte der Arzt den Zustand so ein, wie der Patient vorher und in drei Fällen (17%) schätzte ihn der Arzt als leichter ein.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß eine geringere Konkordanz zwischen der Änderung der Patientenmeinung und der Arztmeinung in der Einschätzung des allgemeinen aktu-

ellen Gesundheitszustands besteht, als in der Einschätzung des Beschwerdenschweregrads.

Wiederum soll der gleiche Sachverhalt vom Verhältnis des Arzturteils zum ursprünglichen Urteil des Patienten aus betrachtet werden:

In 34% der Fälle, in denen der Arzt den Zustand des Patienten als besser einstufte als der Patient vorher, änderte auch der Patient seine Meinung in diese Richtung, 64% der Patienten änderten ihre Bewertung nicht und 2% der Patienten beurteilten ihren Zustand als schlechter.

Wenn der Arzt den Zustand als schlechter einschätzte als der Patient dies ursprünglich tat, blieben die meisten Patienten (76%) bei ihrer Meinung und das restliche Viertel schätzte ihn dann ebenfalls als schlechter ein.

Nachdem sich die Annahme, daß die Ärzte den Beschwerdengrad ihrer Patienten eher leichter einschätzen, auf univariatem Niveau nicht bestätigte, soll die gleiche Annahme für den allgemeinen Gesundheitszustand untersucht werden.

Für den allgemeinen Gesundheitszustand ergab sich eine andere Verteilung: 57% der Ärzte schätzten den Gesundheitszustand anders ein als ihre Patienten und von diesen schätzten 76% der Ärzte den Gesundheitszustand als besser ein, nur 24% als schlechter als der Patient.

Zusammenfassend läßt sich zur Beurteilung des allgemeinen aktuellen Gesundheitszustands feststellen, daß 27% der Patienten (75 Personen) ihre Meinung zu ihrem Gesundheitszustand änderten. Davon änderten 49 Personen (65%) ihre Meinung in Richtung des Arzturteils. Vier Patienten änderten ihre Meinung im Gegensatz zur Arztmeinung und 22 Patienten (29%) änderten ihre Meinung obwohl der Arzt die Beschwerden genauso einschätzte wie der Patient ursprünglich. Für den allgemeinen Gesundheitszustand erwies sich im Unterschied

zur konkreten Beschwerdensituation die Annahme als begründet, daß die Ärzte den Gesundheitszustand ihrer Patienten tendenziell für besser halten als die Patienten selbst.

Lohmann (1978) zitiert eine Untersuchung, die zu dem Schluß kommt, daß jüngere Personen in hohem Maße dazu neigen, ein physisches Leiden bedeutend pessimistischer einzustufen als der konsultierende Arzt. Bei älteren Menschen wäre dies umgekehrt. Sie neigten dazu ihre Beschwerden im Vergleich zum Arzt zu bagatellisieren. Eine Untersuchung der Alterspezifität der Beurteilungsdikrepanzen zwischen Arzt und Patient konnte diese Ergebnisse nicht bestätigen (Prob.> 0,6).

Für eine Arztspezifität der Wirkung des Arzturteils auf das Patientenurteil konnten ebenso wie bei der Beschwerdenbeurteilung keine Anhaltspunkte gefunden werden. Ebenso wie bei der Beschwerdenbewertung spielte auch bei der Bewertung des Gesundheitszustands die Bekanntheit mit dem Arzt (neuer - alter Patient) keine Rolle.

10.9.4 Die Beeinträchtigung des Patienten aus Arzt- und Patientensicht

Die untere Abbildung S. 227 zeigt die Unterschiede in der Beurteilung von Beeinträchtigungen des Patienten bei seinen alltäglichen Verrichtungen. Die Fragen wurden nach Essen, Schlafen und Körperpflege einerseits und nach Berufsausübung und Haushaltsführung andererseits differenziert. Die Darstellung zeigt, daß bei etwa der Hälfte der Konsultationen die Einschätzung von Arzt und Patient übereinstimmt. Bei den unterschiedlichen Urteilen überwiegt der Anteil der Fälle, in denen die Ärzte die Beeinträchtigung für geringfügiger halten. Hierbei ist wiederum die niedrigere

Beurteilung der Behinderung in Haushalt und Beruf im Vergleich zu den Patienten auffällig.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Einschätzungen von Arzt und Patient zu dieser Frage sehr stark übereinstimmen. Bei Nichtübereinstimmung der Ansichten zwischen Arzt und Patient überwiegen die Fälle, wo der Arzt einen strengeren Maßstab anlegt.

10.9.5 Die Beunruhigung der Patienten über ihre Beschwerden

Die Patienten wurden vor und nach der Konsultation befragt, wie sie wegen ihrer Beschwerden beunruhigt seien. Es wurde eine Rangskala vorgegeben mit vier Abstufungen von gar nicht bis sehr stark. Die univariate Verteilung zeigte, daß 20% der Patienten gar nicht, 57% ein wenig, 18% stark und 5% sehr stark beunruhigt waren. Die Ergebnisse des ersten Fragebogens wurden mit den Ergebnissen des zweiten Fragebogens verglichen und das Histogramm zeigt, daß sich bei 59% der Grad der Beunruhigung nicht ändert, bei 34% der Patienten vermindert und bei 7% verstärkt. Außer dem Ausgangszustand der Beunruhigung konnten keine Einflußgrößen auf die Veränderung der Patientenbeunruhigung gefunden werden. Da sich der Grad der Veränderung der Besorgnis über die Gesundheitssituation als nicht arztabhängig zeigte, kann angenommen werden, daß die Besonderheit der Beschwerden maßgebend für die Veränderung der Besorgnis ist.

Das Ausgangsniveau der Beunruhigung hingegen war von mehreren Einflußfaktoren abhängig. Die zweidimensionale explorative Analyse erbrachte Anhaltspunkte für hochsignifikante Zusammenhänge mit folgenden Merkmalen:

Bewertung des Beschwerdenschwere vor der Konsultation

Zufriedenheit mit dem bisherigen Gesundheitszustand

Attribuierung der Beschwerden als seelisch bedingt

Beunruhigung über die Konsultationssituation

Sonstige Probleme neben den Beschwerden

Familienstand des Patienten

Art der körperlichen Arbeit (bei Berufstätigen)

Die Zufriedenheit mit dem bisherigen Gesundheitszustand, die sehr hoch mit der Beschwerdenbewertung korreliert ist, kann als Folge dieser Bewertung betrachtet werden und deshalb als Wirkungsfaktor vernachlässigt werden.

Die anderen Variablen sollen jedoch zunächst auf eindimensionaler Ebene näher betrachtet werden. Die Attribuierung der Krankheit als seelisch bedingt wurde durch die Frage erhoben: "Man spricht oft davon, daß viele Krankheiten seelisch bedingt sind. Glauben Sie, daß seelische Faktoren bei Ihren Beschwerden eine Rolle spielen?" (Patientenfragebogen I Nr.21). Die Antworten waren folgendermaßen verteilt:

Auf jeden Fall	17% (n=48)
Möglicherweise	32% (90)
Eher nicht	11% (32)
Sicher nicht	32% (89)
Weiß ich nicht	7% (20)

Immerhin die Hälfte der Patienten gingen also davon aus, daß ihre Beschwerden zumindest möglicherweise seelisch bedingt waren.

Die Frage nach Problemen abgesehen vom Gesundheitszustand, die den Patienten stark belasten, wurde von 30% (n=83) der Patienten positiv beantwortet. Die Möglichkeit die Probleme explizit anzugeben, nutzten 70 der 83 Patienten. Die Auswertung der offenen Antworten zeigte, daß die Probleme hauptsächlich in den als Beispielen zur Verständniserleichterung angegebenen Problemen (Familie, Beruf, Geld) lagen. Familien-, Beziehungs- oder Partnerschaftsprobleme nannten 36 Patienten, 15 Patienten nannten Probleme in Beruf oder Ausbildung und 23 Patienten klagten über finanzielle Probleme. Diese Auszählungen umfassen auch Antworten, die als Kombinationen dieser Probleme genannt wurden. In einigen Fällen wurden die Probleme präzisiert (bevorstehende Scheidung, Auftragslage). Etwa jeder dritte Patient befand sich also abgesehen von seinen gesundheitlichen Problemen in einer sozialen Belastungssituation.

Ebenfalls vor der Konsultation wurde die Beunruhigung über die Konsultationssituation (im Unterschied zur Beunruhigung über die Beschwerden) erhoben. In gemischter Form waren folgende Kategorien vorgegeben:

aufgeregt, nervös

beunruhigt

unsicher

gehemmt

ruhig

sicher

gelassen

nicht anders als sonst auch

Für die Auswertungen wurden die Mehrfachantworten in einer Variable dichotomisiert. Da die beiden Gruppen, abgesehen von drei Fällen keine Überschneidungen aufwiesen, konnte die Beunruhigung des Patienten vor der Konsultation in einer Variable mit den Ausprägungen 'nervös' und 'ruhig' dargestellt werden, die die beiden oben dargestellten Gruppen von Antwortmöglichkeiten umfassen. Unter die Kategorie 'ruhig' fielen 76% (n=209) der Patienten, in die Kategorie 'nervös' 24% (n=66).

Eine multivariante Analyse der Assoziationen der Variablen mit BMDP-4F zeigte, daß der Einfluß des Familienstands und der Art der körperlichen Arbeit unter Einbeziehung des Beschwerdensituation vernachlässigt werden konnte. Es stellte sich unter anderem heraus, daß die Patienten, die schwere körperliche Arbeit ausführten, ein insgesamt höheres Beschwerdeniveau aufwiesen.

Bivariate Zusammenhänge konnten auch zwischen der Attribuierung der Beschwerden als seelisch bedingt und der Angabe von sonstigen Problemen aufgedeckt werden. Von den Patienten, die keine anderen Probleme angaben (n=196), hielten 42% ihre Beschwerden für 'sicher nicht seelisch bedingt'. Von den Patienten, die andere Probleme angaben (n=83), hielten hingegen nur 8% die die Beschwerden für 'sicher nicht seelisch bedingt'. Dies deutet darauf hin, daß die als Familien- Geld- und Berufsprobleme erhobenen nicht-gesundheitlichen Probleme häufig als psychische Faktoren der aktuellen Beschwerden bzw. als deren seelische Bedingtheit attribuiert werden.

Eine Gegenüberstellung der Nervosität vor der Konsultation und der Attribuierung der Beschwerden als seelisch bedingt zeigte, daß von den Patienten, die ihre Beschwerden für mindestens eher nicht seelisch bedingt hielten nur 11% (n=13) nervös waren, während von den Patienten, die ihre Beschwerden für möglicherweise oder sicher seelisch bedingt hielten, 36% nervös waren ($p < 0,0001$). Nachträglich wurde die

Hypothese eingeführt, daß sich die Art der Konsultation in der Krankenkariere und damit die Bekanntheit mit dem Arzt auf die Beunruhigung auswirkt. Es ist zu vermuten, daß sich die Fremdheit des Arztes die Beunruhigung vor der Konsultation erhöht, während die Vertrautheit mit dem Arzt beruhigend wirkt. Eine Gegenüberstellung der beiden Variablen zeigte, daß von den neuen also dem Arzt unbekannten Patienten (n=33) 58% Nervosität angaben, während von den dem Arzt bekannten Patienten (n=240) nur 19% Nervosität angaben. Die Bekanntheit mit dem Arzt hat also offensichtlich Einfluß auf den emotionalen Zustand der Patienten in der Konsultationssituation. Die Vermutung, daß die neuen Patienten einen hohen Schweregrad aufwiesen und deshalb beunruhigt waren, konnte nicht nachgewiesen werden.

Im Zusammenhang mit der Beunruhigung des Patienten über seine Beschwerden konnten mehrere Hinweise gefunden werden. Die subjektiv erlebte Beschwerdenintensität, das Vorhandensein sonstiger persönlicher Probleme, die Attribuierung der Beschwerden als seelisch bedingt, die Nervosität über die Konsultationssituation und die Vertrautheit mit dem Arzt sind Faktoren der Beunruhigung im Sprechzimmer und vermutlich eng untereinander verknüpft. Ob diese Bedingungen letztlich Ursachen der Beunruhigung sind oder die Beunruhigung eine Voraussetzung der erwähnten Merkmale ist, läßt sich weder a priori theoretisch, noch mit statistischen Mitteln klären. Da die Grundlage der Beunruhigung immer die konkrete Krankheit darstellt und wegen der bereits dargestellten Problematik der individuellen Bezugssysteme als Bewertungsmaßstab wurde auf eine Schätzung der Beunruhigungsintensität für die verschiedenen Merkmalskombinationen verzichtet. Die Ergebnisse können lediglich Hinweise geben, welche Faktoren Zusammenhänge zur emotionalen Situation des Patienten im Sprechzimmer aufweisen. Diese Faktoren sind auf die erhobenen Variablen beschränkt und können höchstens Hinweise für eine eingehendere Untersuchung dieses Komplexes geben. Die Methoden der teilnehmenden Befragung sind dabei zur Ermittlung und das

Verständnis der konkreten Problemsituationen vermutlich eher geeignet als eine standardisierte schriftliche Befragung, da dabei auch der Bezug zur spezifischen Krankheit in ihrem sozialen Umfeld hergestellt werden kann.

10.10 INFORMIERTHEIT UND ALTERNATIVE INANSPRUCHNAHME

10.10.1 Änderung der Informiertheit der Patienten über Ursachen und Heilung

Ein Bestandteil des Krankheitskonzepts des Patienten ist die Einschätzung seiner Informiertheit über Entstehung und Heilungsmöglichkeiten seiner Beschwerden. Die subjektive Informiertheit darf nicht mit der objektiven Informiertheit, also mit dem tatsächlichen Wissen des Patienten verwechselt werden. Die subjektive Informiertheit ist eine reflektive Selbstbewertung der Informationen, die der Patient über seine Beschwerden hat und keine Informiertheit im Sinne eines Messens von Informationen an einem objektiven Kriterium. Subjektive Informiertheit unterstellt also das Vorhandensein eines bewertenden Bezugssystem anhand dessen die eigene Informiertheit beurteilt wird. Dieses Bezugssystem ist ebenso wie die objektive Informiertheit Bestandteil des Laienkonzepts von Ursachen und Heilungsmöglichkeiten.

Diese Konzepte sind handlungssteuernd, da die Entscheidungen der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, also auch die Wahrnehmung von Alternativen zum Arztbesuch und die Informationsbeschaffung, mit durch diese Konzeptionen bedingt sind. Die Einschätzung der Informiertheit über medizinische Fragen ist ein wichtiger Teil des Selbstkonzepts, da die Patienten in ihrer privaten oder beruflichen Sphäre häufig Informationen über ihre aktuellen

Gesundheitsprobleme austauschen und die Informiertheit über Gesundheitsprobleme im allgemeinen positiv sanktioniert wird.

Ein Ergebnis unserer Untersuchung lag darin , daß für die Patienten der Arzt die mit Abstand wichtigste Informationsquelle darstellt (bei 70 - 80% der Patienten). Die nächstwichtigen Informationsquellen sind Zeitschriften und Bekannte mit jeweils etwas weniger als 20% zustimmenden Antworten. Dem Arzt wird also die höchste Informationskompetanz zugeschrieben, so daß man davon ausgehen, daß sich die Patienten mit ihrem Informationsbedürfnis an der Krankheits- und Behandlungskonzeption des Arztes orientieren und seine Mitteilungen in ihre Konzeption integrieren.

Die Abbildung auf der folgenden Seite zeigt den Vergleich der subjektiven Informiertheit der Patienten für Ursachen und Heilungsmöglichkeiten ihrer Beschwerden. Die Darstellung zeigt geringe Unterschiede zwischen Ursache und Heilungsmöglichkeit als Gegenstand der Informiertheit, wobei ihre Informiertheit über Behandlungsmöglichkeiten von den Patienten eher geringer eingeschätzt wird. Die Änderung der Verteilung nach der Behandlung ist aus dem Diagramm ersichtlich. Es ergibt sich eine Verschiebung in Richtung mehr Informiertheit. Die Änderungsgruppen wurden bereits im vorigen Diagramm dargestellt.

10.10.2 Alternative Inanspruchnahme zur Hilfe und Beratung

Der Fragebogen, der vor der Konsultation ausgefüllt wurde, enthält vier Listen, in denen die Patienten ankreuzen konnten, welche alternativen Heilungs- Beratungs- und Informationsmöglichkeiten sie bei ihren Beschwerden benutzt haben bzw. in Erwägung ziehen. Daß die Patienten als

Abbildung
Wie fühlen sich die Patienten über Ursachen und
Heilungsmöglichkeiten ihrer Beschwerden informiert?
(vor der Konsultation)

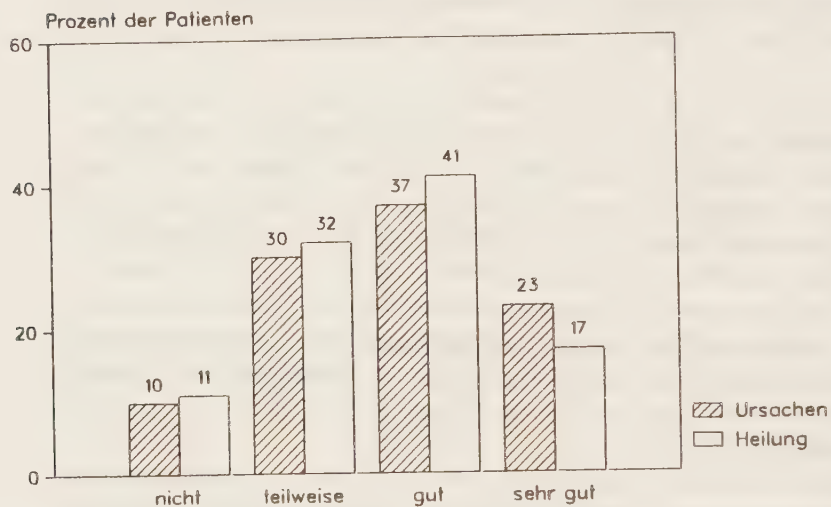
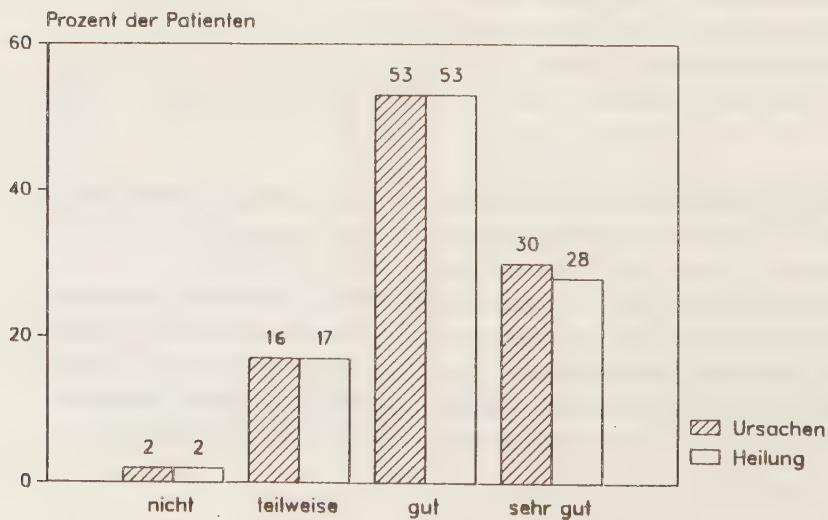


Abbildung
Wie fühlen sich die Patienten über Ursachen und
Heilungsmöglichkeiten ihrer Beschwerden informiert?
(nach der Konsultation)



Informationsquelle den Arzt bevorzugen, wurde bereits im Abschnitt über die Änderung der Informiertheit angedeutet. Die Ergebnisse sind als Häufigkeitsverteilungen auf der folgenden Seite dargestellt.

Während sich ca. 60% der Patienten ausschließlich von ihrem Arzt helfen lassen würden, sind es bei der Beratung nur 27%. Der nächstkompetente Helfer ist der Facharzt, von dem sich mehr Patienten beraten als helfen lassen würden. Die nächstrelevanten Alternativen waren Heilpraktiker, Apotheker, Naturheilkundler, Psychologen und Bekannte (in der Reihenfolge der Nennungshäufigkeit). Die Zahlen sind jedoch bei einer Stichprobengröße von 280 Patienten im niedrigen Prozentbereich nur eingeschränkt vergleichbar, da sie durch Besonderheiten unserer Stichprobe bedingt sein können. Die auf der unteren Abbildung dargestellten Informationsquellen wurden bereits im Kapitel 'Änderung der Informiertheit' besprochen.

10.11 PATIENTENERWARTUNGEN, ARZTWahrnehmung UND Ärztliche Leistungen.

Bei der Befragung wurden sowohl inhaltliche Kategorien bezüglich verschiedener Handlungsinhalte als auch verschiedene Ebenen der psychologischen Repräsentanz dieser Handlungsebenen unterschieden. Die inhaltlichen Handlungsebenen entsprechen in der ambulanten Praxis den dort angebotenen und nachgefragten Dienstleistungen. Beratung, Verschreibung von Medikamenten oder Krankenhauseinweisung sind Beispiele dieser Handlungsmöglichkeiten. Als Ebenen der verhaltensrelevanten psychischen Repräsentanz dieser Handlungsmöglichkeiten wurden die auf der folgenden Seite dargestellten Dimensionen unterschieden.

Abbildung
Von wem wurden sich die Patienten, außer bei ihrem Arzt,
noch helfen oder beraten lassen

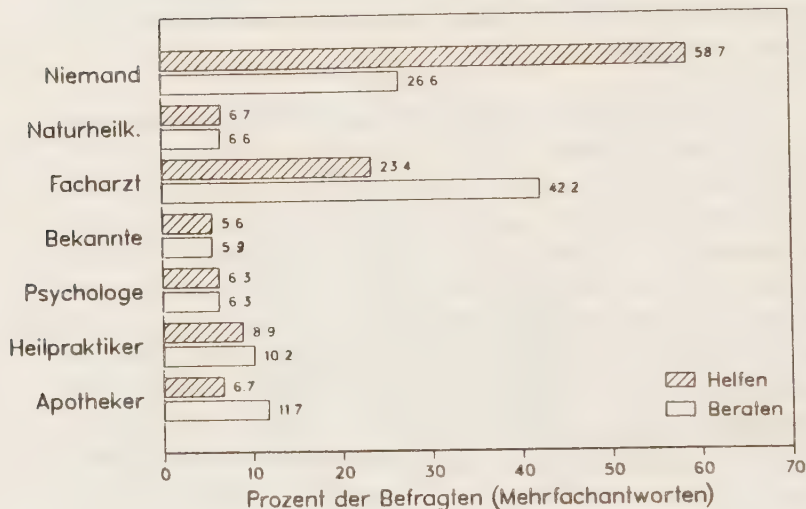
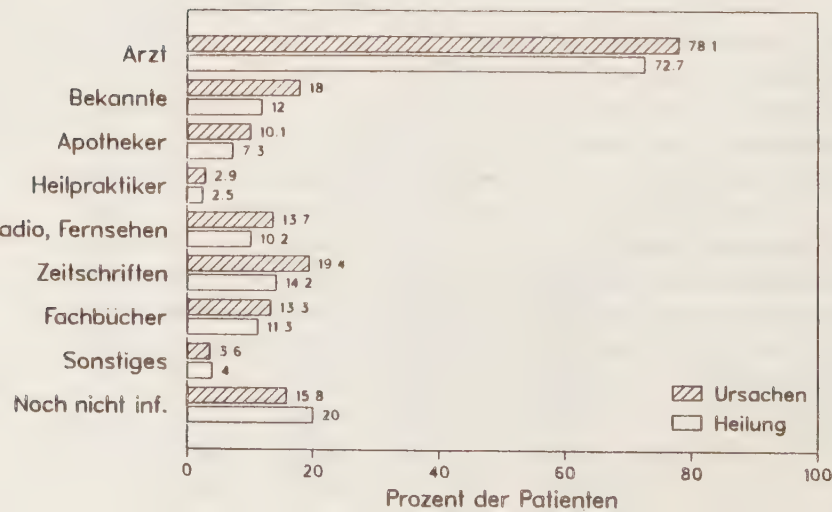


Abbildung
Informationsquellen der Patienten über Ursachen und
Heilungsmöglichkeiten ihrer Beschwerden



Kognitive Repräsentation des Leistungsgeschens bei Patienten und Ärzten

Befragung von Ärzten und Patienten

Patientenwünsche

Wenn Sie jetzt behandelt werden, was meinen Sie,
wäre für Ihre Gesundheit notwendig?

Patientenerwartungen

Was glauben Sie wird der Arzt heute anordnen
oder mit Ihnen machen?

Arztwahrnehmungen

Welche der folgenden Maßnahmen hat der Patient
erwartet?

Ärztliche Maßnahmen (Arztangaben)

Heute durchgeführte therapeutische Maßnahmen:

Ärztliche Maßnahmen (Patientenangaben)

Welche Maßnahme hat der Arzt bei Ihnen
getroffen?

Zu den kognitiven Ebenen ist jeweils die operationalisierende Frage, wie sie im Fragebogen auftrat, angegeben. Die Fragen wurden stets in geschlossener Form gestellt und hatten jeweils mehrere Antwortmöglichkeiten, die alternativ durch Ankreuzen mit 'ja' oder durch Freilassen mit 'nein' beantwortet werden konnten.

Als Kategorien wurden die institutionalisierten ärztlichen Leistungen verwendet, um ein gemeinsames Bezugssystem von Arzt und Patient herzustellen und damit eine Vergleichbarkeit mit den Arztangaben zu ermöglichen. Für die Formulierung der Antwortvorgaben bestand das Problem, daß sie sehr knapp und trotzdem verständlich formuliert werden sollten. Für die Patientenstichprobe mußte davon ausgegangen werden, daß sie eine große Spannweite intellektueller Kompetenz umfaßt, da etwa Patienten aus ländlicher Gegend mit niedriger Bildung ebenso in die Befragung eingehen wie Akademiker mit medizinischer Vorbildung. Die Kategorien für den Patientenfragebogen wurden deshalb möglichst in umgangssprachlichen Stil formuliert, um eine allgemeine Verständlichkeit zu gewährleisten (z.B. 'möchte krankgeschrieben werden', 'möchte Medikamente umsonst bekommen' etc.).

Andererseits bestand das Problem, die Ärzte so zu befragen, daß das Vokabular zumindestens teilweise aus ihrem Berufsjargon stammt, damit sie die Antwortkategorien nicht als inkompetent wahrnehmen (z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - erstmals, Anamnese, etc.).

Durch diese Berücksichtigung der verschiedenen Bezugssysteme und Ausdrucksformen ergab sich das Problem der reduzierten Vergleichbarkeit und Überführbarkeit der Kategorien, da mit den verschiedenen Ausdrucksweisen nicht immer derselbe Sachverhalt getroffen wird. Da jedoch trotzdem bei den meisten Kategorien eine eindeutige Überführbarkeit der Kategorien vorliegt, lassen sich die Angaben von Patienten und Ärzten

auf den verschiedenen Ebenen für die Leistungsbereiche vergleichen.

Ein weiteres Problem bildet die strukturelle Variabilität ärztlicher Leistungen. Beispielsweise hat sowohl eine Medikamentenverschreibung als auch die Übergabe eines Ärztemusters dasselbe Ergebnis, nämlich daß der Patient ein Medikament erhält, doch lassen sich diese beiden Sachverhalte schwer in einer Kategorie erfassen, ohne daß ein Informationsverlust auftritt.

In diesen Fällen (Verschreibung und Leistung in der Praxis bei Medikament und physikalischer Therapie) wurde deshalb die Antwortvorgabe differenziert und für die Auswertungen wieder zusammengefaßt. Medikament und physikalische Therapie als Auswertungskategorien unterscheiden also nicht mehr nach direkter Erbringung oder Verordnung der Leistung und werden durch eine Oder - Verknüpfung zusammengefaßt. Ebenso werden erstmalige AU-Schreibung und Verlängerung der AU-Schreibung in eine Kategorie zusammengefaßt.

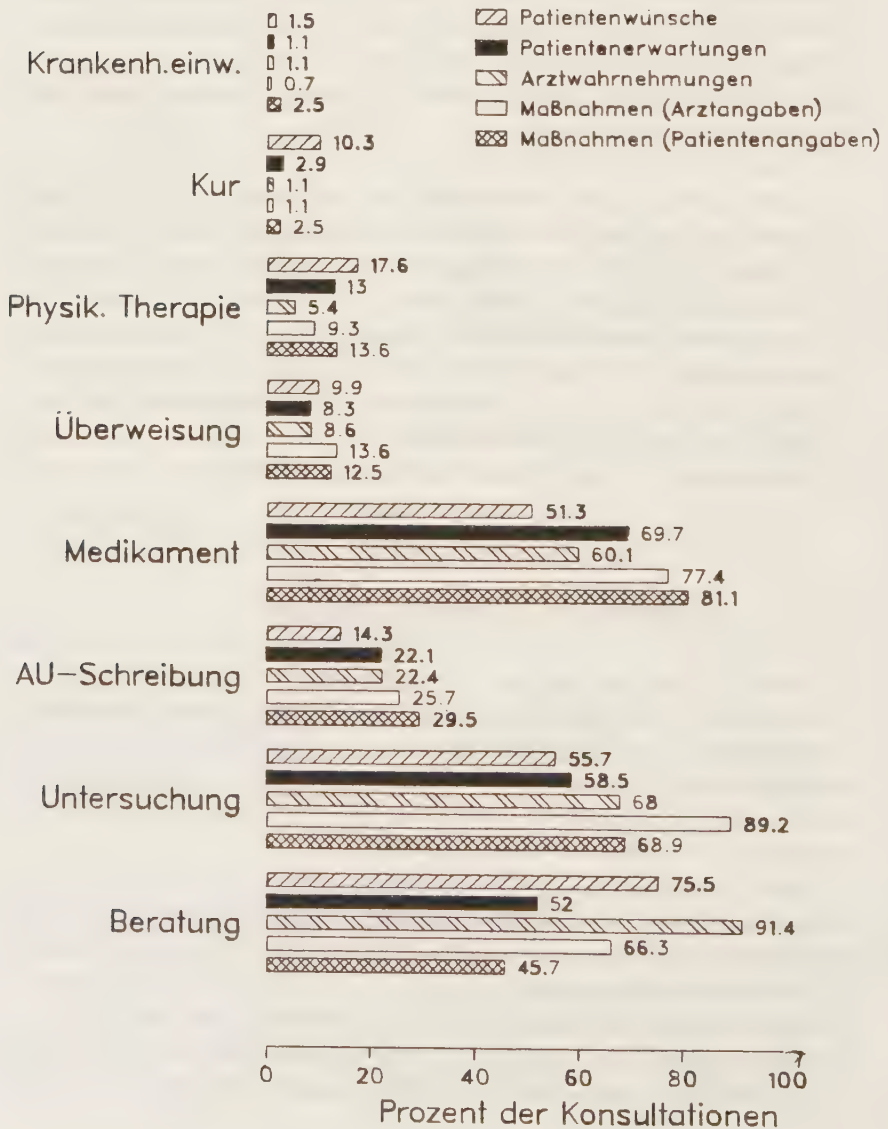
10.11.1 Auszählung der Leistungskategorien

Das Histogramm auf der folgenden Seite zeigt die univariaten Auszählungen der Antworten auf die in der vorigen Abbildung dargestellten Fragen an Ärzte und Patienten. Es wurden nur diejenigen Leistungsbereiche ausgewählt, die auf allen fünf kognitiven Ebenen abgefragt wurden.

Jede der Auszählungen bezieht sich auf die Gesamtzahl der Konsultationen. Deshalb muß davor gewarnt werden, die Vergleiche innerhalb der Leistungen auf eindimensionalem Niveau durchzuführen. So trifft es beispielsweise nicht zu, daß in 9 Prozent der Fälle der Arzt eine Medikamentenerwartung beim Patienten wahrnimmt, obwohl dieser eigentlich kein Medika-

Abbildung

Medizinische Leistungen in der kognitiven Repräsentanz von Ärzten und Patienten – Häufigkeiten für verschiedene Bereiche



ment wünscht. Diese Ergebnisse können erst aus den nachfolgenden zweidimensionalen Auswertungen abgeleitet werden.

Die Ergebnisse dieser Abbildung dürfen also nur isoliert für jede Leistung und jede Leistungsebene betrachtet werden. Trotzdem lassen sich aus dieser Darstellung bereits einige Vermutungen zum Interaktionsgeschehen in der ambulanten Praxis ableiten.

Der Bereich Krankenhauseinweisung spielt in sehr wenig Konsultationen eine Rolle, so daß sich Aussagen hierzu bei unserer Stichprobengröße erübrigen. Im Bereich Kurverordnung deutet sich an, daß 10 Prozent der Patienten eine Kur wünschen, weniger als 3 Prozent damit rechnen und die Ärzte nur in etwa einem Prozent der Konsultationen den Kurwunsch wahrnehmen. Da der Arzt selbst keine Kur verschreiben kann, sondern die Durchführung einer Kur einem komplizierten Genehmigungsverfahren unterliegt, können die Angaben zu Leistungen auf diesem Gebiet auch nicht verglichen werden.

Festgehalten werden kann, daß etwa 10 Prozent der befragten Patienten eine Kur für nötig halten, dieser Wunsch aber meist nicht in die Interaktion eingeht. Da der Bereich Kur also bei den Konsultationen selten vorkommt, wird er ebenso wie der Bereich Krankenhauseinweisungen von weiteren Auswertungen ausgeschlossen. Alle anderen Leistungsbereiche weisen jedoch eine höhere Häufigkeit als 10 Prozent auf, so daß sie einer genaueren Betrachtung unterzogen werden sollen.

Facharztüberweisungen finden vermutlich häufiger statt, als dies von den Patienten ursprünglich für notwendig gehalten oder erwartet wurde. Bei Medikamenten deutet sich an, daß die Leistungen in diesem Bereich häufiger sind als die Patientenwünsche und -erwartungen. Krankschreibungen (AU = Arbeitsunfähigkeitsschreibung) finden vermutlich häufiger statt als vom Patienten für notwendig erachtet. Im Bereich

AU-Schreibung wurden für alle Auswertungen nur die berufstätigen Patienten (50 Prozent, $n = 140$) berücksichtigt.

In den Bereichen Untersuchung und Beratung zeigt die eindimensionale Betrachtungsweise starke Diskrepanzen zwischen den kognitiven Ebenen. Einer hohen Anzahl von Untersuchungen und Beratungen nach Arztangaben (ca. 90 Prozent der Konsultationen) steht nur die Hälfte von Beratungen und ca. 70 Prozent von Untersuchungen laut Patientenangaben gegenüber. Im Bereich Beratung deuten sich Widersprüche zwischen allen fünf Ebenen an.

Die eindimensionale Betrachtungsweise erlaubt jedoch keine Aussage über den Zusammenhang zwischen zwei Ebenen, sondern kann höchstens Tendenzen andeuten. Deshalb soll für die relevanten Bereiche der Zusammenhang zwischen jeweils zwei kognitiven Ebenen untersucht werden.

10.11.2 Bivariate Analyse der kognitiven Ebenen nach Leistungen

Der eigentliche Zusammenhang zwischen den kognitiven Ebenen läßt sich also erst durch eine korrelative Gegenüberstellung der Ebenen darstellen. Für diese korrelativen Analysen sind mehrere Möglichkeiten denkbar.

Auf jeder Ebene wurde für jeden Patienten bzw. Arzt eine Alternativantwort ja - nein erhoben. Die Gegenüberstellung von zwei Ebenen ergibt eine zweidimensionale Kreuztabelle mit vier Zellen, die folgende Möglichkeiten ausdrücken:

Ebene 1: Antwort nein - Ebene 2: Antwort nein

Ebene 1: Antwort ja - Ebene 2: Antwort ja

Ebene 1: Antwort ja - Ebene 2: Antwort nein

Ebene 1: Antwort nein - Ebene 2: Antwort ja

Die ersten beiden Möglichkeiten bedeuten eine Übereinstimmung der Ebenen, die beiden anderen drücken einen Widerspruch aus. Für ein Beispiel soll diese Darstellungsweise veranschaulicht werden.

Ebene 1 ist der Patientenwunsch im Bereich 'Medikament'; Ebene 2 ist die Arztwahrnehmung dieses Wunsches. Damit sind folgende vier Variationen möglich:

Der Patient wünscht kein Medikament, der Arzt nimmt keinen Medikamentenwunsch wahr.

Der Patient wünscht ein Medikament, der Arzt nimmt den Medikamentenwunsch wahr.

Der Patient wünscht ein Medikament, der Arzt nimmt jedoch keinen Medikamentenwunsch wahr.

Der Patient wünscht kein Medikament, der Arzt nimmt trotzdem einen Medikamentenwunsch wahr.

Die 8 Balkendiagramme auf den 4 folgenden Seiten stellen die Ergebnisse einer Gegenüberstellung von jeweils zwei Ebenen dar, die Ergebnisse zu unserem Beispiel sind auf unteren Abbildung der nächsten Seite wiedergegeben.

In den Balkenabschnitten sind die jeweiligen Prozentwerte für die betreffende Konstellation abgedruckt.

Die beiden linken (ersten) Balkenabschnitte geben jeweils die Anzahl der widersprüchlichen Fälle wieder, die beiden rechten Abschnitte geben die Anzahl der positiven bzw. negativen Übereinstimmungen wieder. Es muß darauf hingewiesen werden, daß die Prozentwerte nur im Hinblick auf die Gesamtzahl der Konsultationen interpretiert werden dürfen und nicht im Hinblick auf Gesamtzahl der Wünsche, Leistungen etc. für einen jeweiligen Bereich.

Da die Daten auf einer Stichprobe von 280 Konsultationen bei 10 Ärzten beruhen, sind die Prozentwerte mit einer

Abbildung
Patientenwünsche – Patientenerwartungen
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche

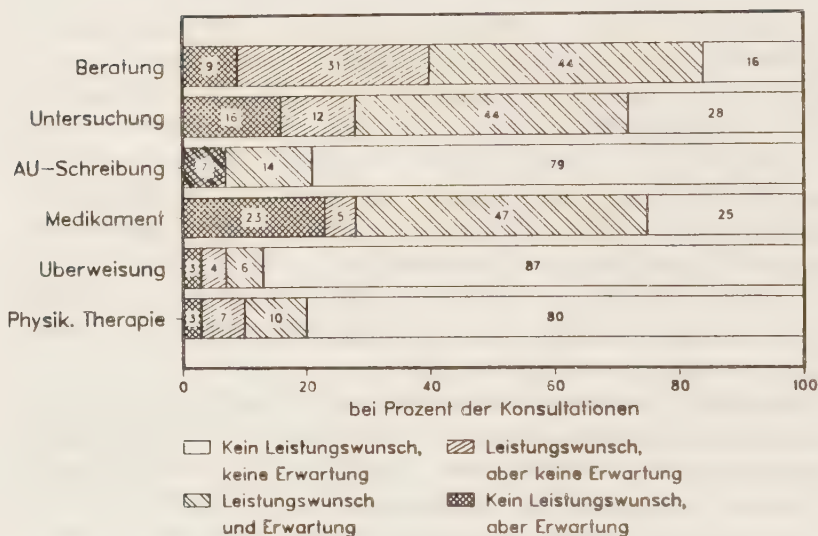


Abbildung
Patientenwünsche – Arztwahrnehmung der Wünsche
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche

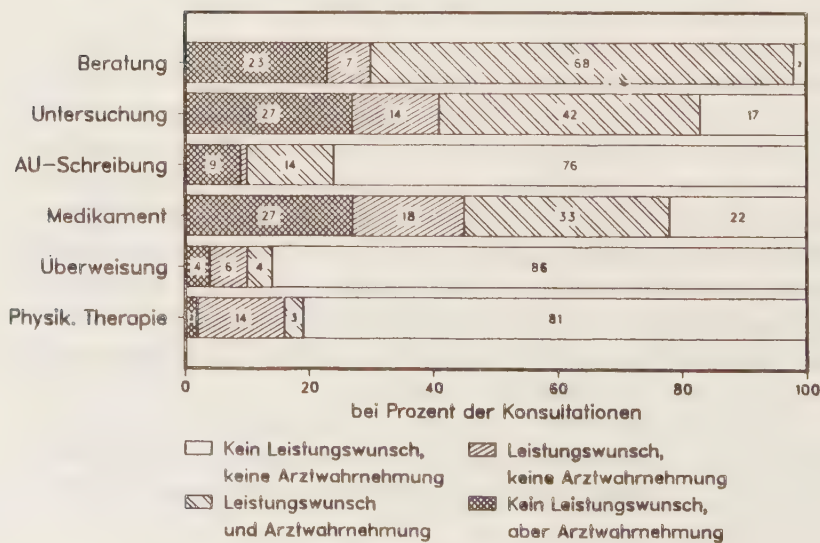


Abbildung .
Patientenwünsche – ärztl. Leistungen nach Patientenangaben
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche

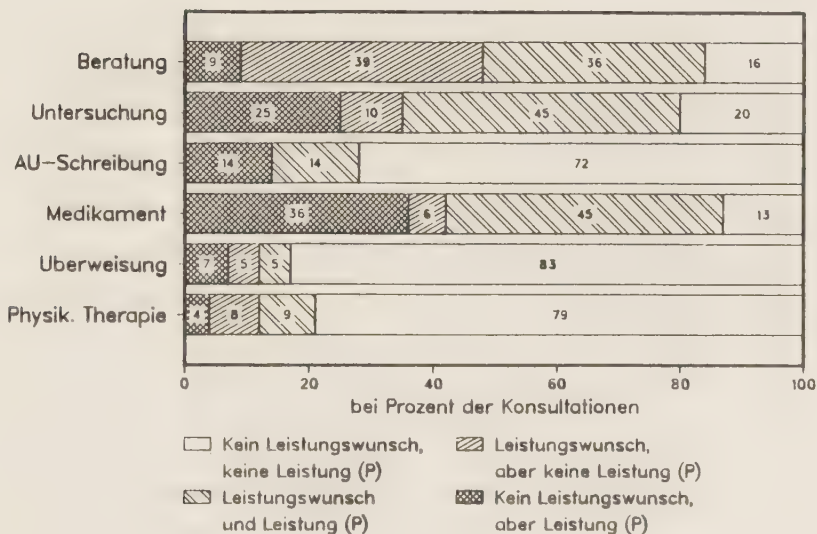


Abbildung .
Patientenwünsche – ärztl. Leistungen nach Arztangaben
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche

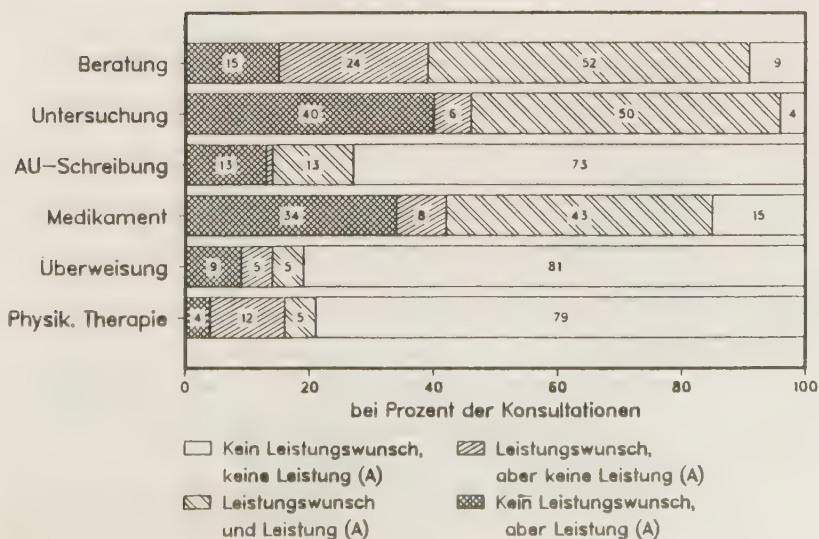


Abbildung
Patientenerwartungen – Arztwahrnehmung der Erwartungen
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche

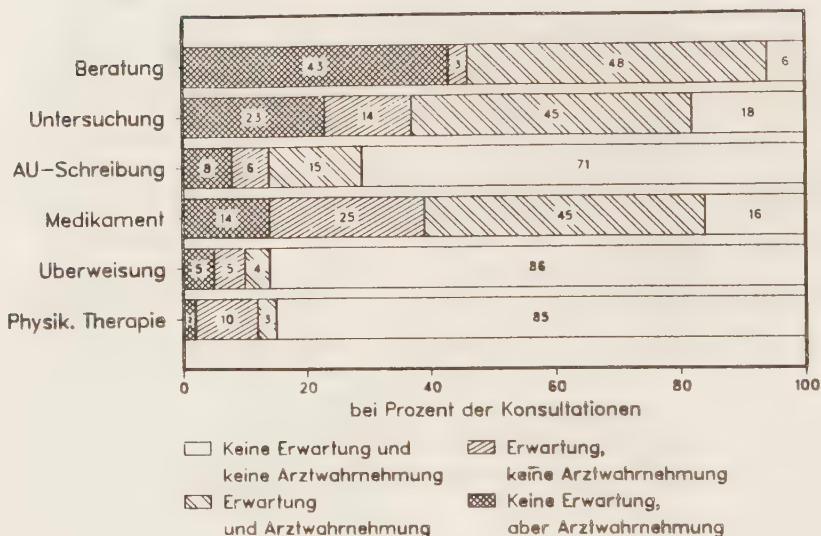


Abbildung
Patientenerwartungen – ärztl. Leistungen nach Patientenangaben
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche

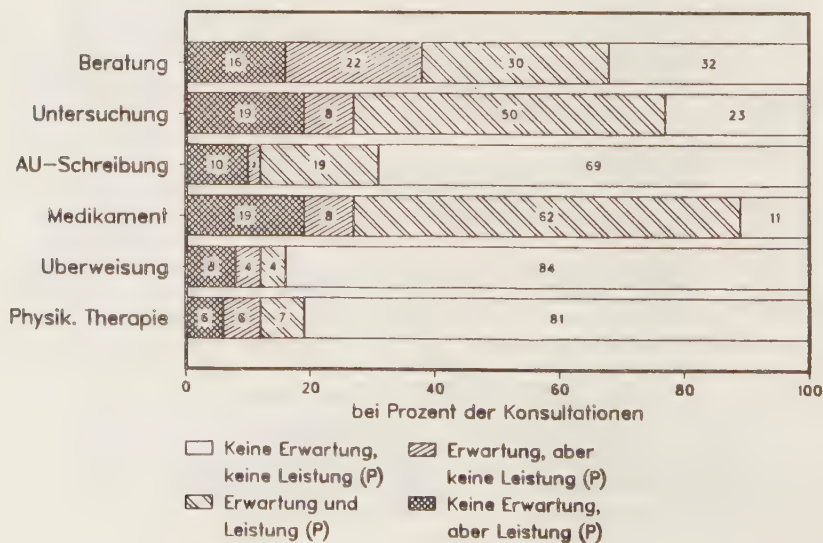
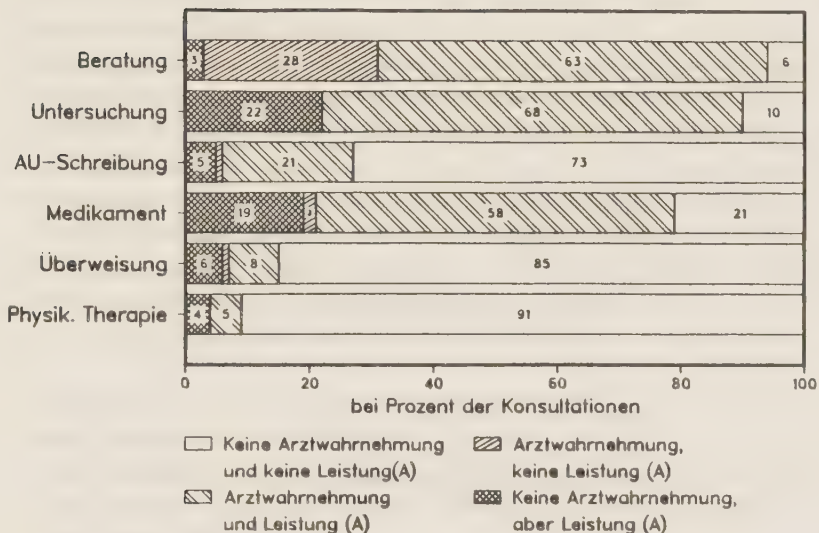


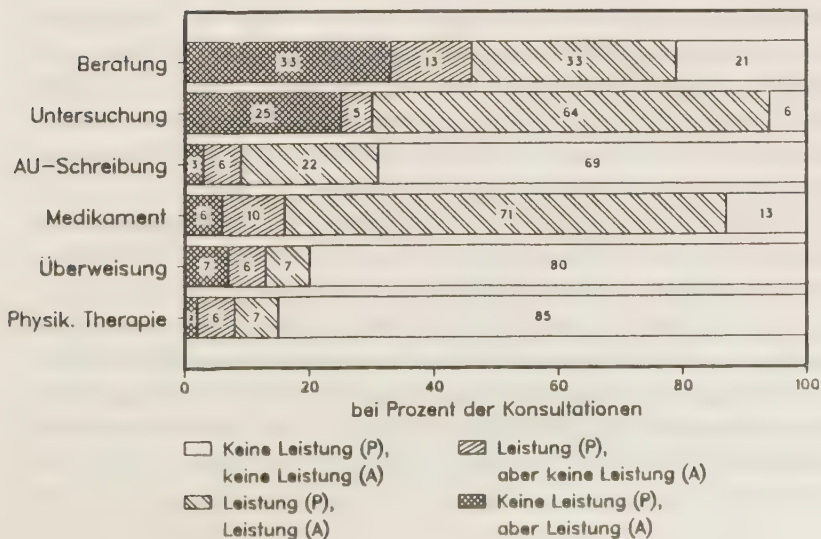
Abbildung 1

Arztwahrnehmung – ärztl. Leistungen nach Arztangaben
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche



Abbildung

Ärztliche Leistungen nach Patientenangaben und Arztangaben
Vergleich für verschiedene Leistungsbereiche



bestimmten Unzuverlässigkeit behaftet. Geht man davon aus, daß die Stichprobe repräsentativ für die Grundgesamtheit der Konsultationen ist, lassen sich für jeden Prozentwert Vertrauensintervalle berechnen, innerhalb derer der Prozentwert bei vorgegebener Größe der Stichprobe mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit P liegt (vgl. Kriz 1973, S.321). Angewandt auf unsere Stichprobe liegt ein Prozentwert von 5 mit 95 prozentiger Wahrscheinlichkeit im Bereich zwischen 2,5 und 7,5. Ein Wert von 10 Prozent ist mit einer Schwankung um einen Betrag von 3,4 zu erwarten. Die entsprechenden Werte lauten für 25 Prozent 4,7, für 50 Prozent 5,6 und für 75 Prozent 4,9.

Die im Text und in den Abbildungen verwendeten deskriptiven Prozentwerte dürfen nur als Durchschnittswerte zwischen den Arztpraxen interpretiert werden. Da sich im Leistungsbe- reich unserer Untersuchung eine starke Streuung zwischen den Arztpraxen andeutete, muß vor einer vorschnellen Verallgemeinerung dieser Ergebnisse gewarnt werden. Außerdem muß nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Ergebnisse zwar auf 280 Konsultationen beruhen, jedoch nur zehn Arztpraxen umfassen. Legt man für statistische Test die Zahl der Konsultationen zugrunde, so lassen sich mit einer viel höheren Wahrscheinlichkeit signifikante Effekte finden, als bei Zugrundlegung der Zahl von zehn Arztpraxen als Stichprobe. Anhand von zehn Arztpraxen können keine auf die ambulante Versorgung verallgemeinerbaren Aussagen über die untersuchten Prozesse abgeleitet werden. Die beschriebenen Ergebnisse sollen dazu dienen, Hinweise auf weiter zu verfolgende potentielle Diskrepanzen und Konfliktmöglichkeiten in der AP-Interaktion für ähnliche oder methodisch eher qualitativ orientierte Untersuchungen zu geben. Die in der Beschreibung der Ergebnisse verwendeten Prozentzahlen müssen also als deskriptive Aussagen über unsere Stichprobe von 280 Konsultationen verstanden werden, und nicht als Aussage über den ambulanten Bereich in Bayern oder in der Bundesrepublik Deutschland.

Bei der Interpretation der kognitiven Repräsentation der Prozesse in der AP-Interaktion bzw. der Abläufe selbst kann man entweder ebenenspezifisch oder leistungsspezifisch vorgehen. Im ersten Fall werden die Zusammenhänge zwischen den kognitiven Ebenen, im zweiten Fall die Leistungen als Untersuchungseinheit betrachtet. Schon bei einer flüchtigen Durchsicht der Darstellung fällt auf, daß der Zusammenhang zwischen den Ebenen offensichtlich leistungsspezifisch ist. Bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den Ebenen soll deshalb auf leistungsspezifische Unterschiede jeweils eingegangen werden. Die Zusammenhänge werden in der Reihenfolge der graphischen Darstellungen besprochen.

10.11.3 Vergleich von Patientenwünschen und Patientenerwartungen

Dieser Vergleich drückt den Unterschied zwischen den Wünschen der Patienten nach bestimmten Leistungen und ihrer Einschätzung der tatsächlich zu erwartenden Leistungen aus.

Die größten Unterschiede liegen hier bei Beratung, wobei 31% der Patienten, immerhin fast ein Drittel, eine Beratung wünschen, aber mit keiner Beratung rechnen. Der umgekehrte Fall, daß Patienten keine Leistung wünschen, jedoch mit ihr rechnen, trifft bei bei Medikamenten für 23% der Konsultationen zu (Die Zählereinheit Patienten ist in unserer Untersuchung mit der Zählereinheit Konsultationen identisch). Etwa ein Viertel der Patienten rechnet also mit einer Medikamentenverordnung bzw. mit einem Ärztemuster, obwohl sie es aufgrund ihrer eigenen Einschätzung nicht für notwendig halten. Auffällig ist, daß es keine Patienten gibt, die eine Krankschreibung wünschen, aber nicht mit ihr rechnen. Umgekehrt rechnen 7% mit einer Krankschreibung ohne sie für notwendig zu halten (nur Berufstätige). Bei Untersuchungen gibt es bei 28% der Fälle Widersprüche zwischen Wunsch und

Erwartung, wobei 16% ohne Wunsch damit rechnen und 12% trotz Wunsch nicht damit rechnen. Auf die anderen Werte soll nicht weiter eingegangen werden, da sie weniger auffällig sind und eindeutig aus der Abbildung ersichtlich sind.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß viele Patienten trotz Wunsch mit keiner Beratung rechnen und gegen ihren Wunsch mit einer Medikamentenverordnung rechnen. Bei Krankenschreibungen wird eher mit mehr Krankenschreibungen gerechnet als vom Patienten für notwendig gehalten wird.

10.11.4 Vergleich von Patientenwünschen und Arztwahrnehmung

Diese Gegenüberstellung drückt aus, welche Wünsche des Patienten der Arzt wahrnimmt, also inwieweit Patientenwünsche oder Erwartungen interaktionsrelevant werden.

Da die Ärzte bei fast allen Patienten einen Beratungswunsch wahrnehmen, täuschen sie sich in 23% der Fälle. Andererseits unterstellen sie dem Patienten unrichtigerweise in 7% der Fälle einen Beratungswunsch. Es gibt also Hinweise dafür, daß die Ärzte die Erwartung des Patienten, informiert zu werden, in den meisten Fällen realistisch wahrnehmen und sogar zu einer Überschätzung der Beratungserwartung neigen.

Im Bereich Untersuchung täuschen sich die Ärzte in 41% der Fälle, wovon sie bei 27% der Patienten einen Untersuchungswunsch vermuten, den die Patienten nach eigenen Angaben nicht haben.

Überraschend ist das Ergebnis bei Medikamenten, da bei 27% der Konsultationen der Arzt einen Medikamentenwunsch wahrnimmt, obwohl der Patient keinen derartigen Wunsch im Fragebogen ankreuzte. Dieses Ergebnis spricht für eine arztinduzierte Leistungserbringung und widerspricht den

bereits zitierten Ergebnissen von Zalewski (1984). Auch bei Krankschreibung werden die Wünsche der Patienten eher überschätzt und sehr selten unterschätzt. Ein hoher Wert nicht wahrgenommener Wünsche liegt im Bereich physikalische Therapie und auch bei Medikamenten werden in 18% der Fälle die Wünsche nicht wahrgenommen. Für die Bereiche Beratung, Untersuchung und Medikamente wurden jeweils starke Streuungen dieser Werte bzw. eine starke Arztspezifität dieser Effekte festgestellt ($p < 0,01$).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß in den Bereichen Beratung, Untersuchung und Arzneimittelverschreibung bei einem Viertel der Konsultationen ein Wunsch wahrgenommen wird, den der Patient in unserer Untersuchung nicht angibt. Die Zahl der nichtwahrgenommenen Wünsche liegt jeweils etwas niedriger. Die Diskrepanzen zwischen Patientenwünschen und Arztwahrnehmung zeigten sich als praxisspezifisch, was auf einen starken Einfluß der Arztindividualität auf diese Prozesse hindeutet.

10.11.5 Vergleich von Patientenwünschen und ärztlichen Leistungen

Zum Vergleich dieser Ebenen wurden sowohl die Patientenangaben als auch die Arztangaben zu den Leistungen herangezogen. Obwohl die Arztangaben aus bereits dargelegten Gründen als zuverlässiger gelten können, sollen die Patientenangaben zu den Leistungen in den Vergleich eingehen, weil sie die Sichtweise der Patienten darstellen und für ihre Reaktionen maßgebend sind.

Die Patienten kommen in die Praxis des Arztes mit den aus ihrem Laienkonzept entspringenden Vorstellungen von Behandlungsnotwendigkeit und Adäquatheit von Leistungen. Daß nicht alle Wünsche, die die Patienten an die Behandlung

haben, erfüllt werden, darf keinesfalls als Indikator für die Qualität der medizinischen Behandlung gelten, da dies bedeuten würde, Laienkonzepte zum Maßstab medizinischen Handelns zu erklären. Die Gegenüberstellung von Patientenwünschen und ärztlichen Leistungen ist trotzdem sinnvoll, da sie Informationen über das Defizit zwischen subjektiven Ansprüchen und erlebten Leistungen beinhaltet und der Zusammenhang zur Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung untersucht werden kann.

Die meisten 'unerfüllten Wünsche' zeigen sich im Bereich Beratung, wo in 39% der Fälle die Patienten vergeblich eine Beratung erwünschten. Den umgekehrten Fall, daß eine Leistung erbracht wurde, ohne daß ein Patientenwunsch vorlag, fanden wir bei Medikamentenverordnung bei 36% der Konsultationen.

Auffällig ist, daß offensichtlich alle Wünsche nach Krankenschreibung von den Ärzten berücksichtigt wurden und sogar bei 14% der Konsultationen die Patienten ohne Patientenwunsch krankgeschrieben wurden.

Der Vergleich von Patientenwünschen mit den Leistungen nach den Arztangaben drückt, wenn man sie mit der letzten Darstellung vergleicht, die im letzten Diagramm dargestellten Unterschiede zwischen Patientenangaben und Arztangaben im Verhältnis zu den Patientenwünschen aus. Es deutet sich an, daß die Angaben von Patienten und Ärzten zum Leistungs geschehen in den Bereichen Beratung und Untersuchung stark differieren, während sich die anderen Verteilungen eher decken.

10.11.6 Vergleich von Patientenerwartungen und Arztwahrnehmung

Diese Abbildung erlaubt, Hinweise dafür zu gewinnen, ob die Wahrnehmung der Ärzte mehr den Wunscherwartungen der Patienten oder ihren Realerwartungen entspricht. Vergleicht man die zweite Abbildung (Vergleich Patientenwünsche - Arztwahrnehmung dieser Wünsche) mit dieser, so zeigt sich, daß die Bereiche Untersuchung, AU-Schreibung, Überweisung und physikalische Therapie sehr ähnlich verteilt sind, während die drei anderen Bereiche sich spezifisch unterscheiden. Die Arztwahrnehmung beim Beratungswunsch entspricht stärker den Patientenwünschen als den Patientenerwartungen. Umgekehrt entspricht bei der Medikamentenverordnung die Arztwahrnehmung eher den realen Erwartungen der Patienten als deren Wünschen.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß es sowohl die Patientenwünsche als auch die Patientenerwartungen nur teilweise vom Arzt zutreffend wahrgenommen werden. Die Summe der Werte der beiden linken Balkenabschnitte ergibt die Zahl der Konsultationen, bei denen die Wahrnehmung des Arztes nicht mit dem Wunsch bzw. der Erwartung des Patienten übereinstimmt. Die größten Diskrepanzen ergeben sich zwischen Patientenwünschen nach Beratung (48%) und Patientenwünschen nach Medikamenten. Insgesamt ist die 'Trefferquote' der Ärzte für die Patientenerwartungen höher als für die Patientenwünsche. Hierbei sind jedoch Unterschiede in der Art der Unstimmigkeit (Unterschätzung bzw. Überschätzung) und leistungsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen.

Diese tendenzielle Diskrepanz zwischen den Angaben der Patienten über ihre Erwartungen und Wünsche und der Arztwahrnehmung ist ein überraschendes Ergebnis unserer Untersuchung. Wie lassen sich diese Effekte erklären? Zunächst soll untersucht werden, ob sich die Diskrepanzen

arztspezifisch unterscheiden. Eine Differenzierung der Verteilungen nach den zehn Ärzten erbrachte für die Bereiche Untersuchung und Medikamente starke arztspezifische Unterschiede (Prob. $<0,01$). Ein weniger ausgeprägter Effekt zeigte sich im Bereich Beratung (Prob. $<0,05$). Die unzutreffenden Wahrnehmungen schwanken bei den 10 Ärzten im Bereich Medikament beispielsweise zwischen 21% und 66% ihrer jeweiligen Konsultationen. Ebenfalls als arztspezifisch stellte sich die Art der unzutreffenden Wahrnehmung heraus. Jeweils fünf Ärzte überschätzten bzw. unterschätzten den Patientenwunsch. Die Überschätzung war jedoch immer höher als die Unterschätzung, so daß sich im Gesamtbild eine tendenzielle Überschätzung der Patientenwünsche nach einem Medikament ergibt.

Die geringe Stichprobengröße von 10 Ärzten erlaubt keine sichere Aussage ob die vorgefundenen Tendenzen auf die Grundgesamtheit der Konsultationen verallgemeinerbar ist. Es bieten sich die Hypothesen an, daß es verschiedene Typen von Ärzten gibt, die spezifische Wahrnehmungseigenschaften in der AP-Interaktion aufweisen, wobei der Typ des 'Überschätzers' von Medikamentenwünschen häufiger vertreten ist. Andererseits könnte man vermuten daß die Überschätzung auf Besonderheiten unserer Arztstichprobe zurückzuführen ist, und bei einer umfangreicheren Untersuchung sich die Effekte als weniger bedeutsam erweisen würden. Klarheit darüber kann jedoch nur eine mit ähnlichem Design konzipierte Untersuchung und einer repräsentativen Anzahl von Arztpraxen herstellen. Dabei könnte auch geklärt werden, ob die Wahrnehmung der Patientenwünsche durch die Ärzte von bestimmten Arztmerkmalen abhängig ist.

Geht man davon aus, daß sich die Wahrnehmungsdiskrepanzen auch bei einer umfassenderen Untersuchung verifizieren lassen, stellt sich die Frage nach einer plausiblen Interpretation dieser Widersprüche. Zunächst wäre denkbar, daß die Patientenwünsche bzw. -erwartungen nicht in die Interaktion eingehen und der Arzt deshalb aufgrund fehlender Information

keine Chance hat, die Patientenwünsche wahrzunehmen. Unter dieser Voraussetzung wäre der Arzt zum Raten gezwungen, wobei jedoch das Ergebnis nicht leistungsspezifisch sein dürfte, da die Trefferquote bei allen Leistungen gleich hoch (ca. 50%) sein müßte. Die Ergebnisse deuten jedoch vielmehr darauf hin, daß der Arzt versucht, sich in die kognitive Konzeption des Patienten hineinzuversetzen und dabei die reale Konzeption des Patienten mit seiner eigenen kognitiven Orientierung vermischt.

Auch wenn der Arzt versucht, sich vorzustellen, welche Wünsche oder Erwartungen der Patient an die Behandlung hat, gehen stets eigene Annahmen in die Einschätzung der Patientwünsche ein. Man kann annehmen, daß dem Arzt das Hineinversetzen in die kognitive Situation des Patienten je besser gelingt, je mehr ihm der Patient bekannt ist. Um diese Hypothese zu testen, wurden die Wahrnehmungsdiskrepanzen für die Gruppen neue Patienten und dem Arzt bekannte Patienten unterschieden. Es ergaben sich jedoch in keinem Leistungsbereich signifikante Unterschiede zwischen den Trefferquoten der Ärzte bei diesen Patientengruppen ($p > 0,5$).

Dieses Ergebnis spricht für die Annahme, daß die Ärzte die Patientenwünsche so wahrnehmen, wie es ihrer eigenen Konzeption von Behandlungsnotwendigkeit entspricht. Man kann also annehmen, daß die Ärzte den Patienten die eigene (ärztliche) Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit unterstellen. Diese These ließe sich dann untermauern, wenn die Wahrnehmung der Patientenwünsche durch den Arzt mehr den tatsächlich erfolgenden Leistungen entspräche als die Patientenwünsche selbst. Andererseits könnte dieses Ergebnis auch bedeuten, daß die Ärzte den Patientenwünschen entgegenkommen wollen.

10.11.7 Vergleich von Arztwahrnehmung und ärztlichen Leistungen

Die Gegenüberstellung von Arztwahrnehmung der Patientenwünsche und ärztlichen Leistungen zeigt, daß der Fall von bewußter Nichterbringung von Leistungen nur im Bereich Beratung den hohen Prozentsatz von 28 erreicht, in allen anderen Leistungsbereichen jedoch sehr gering ist. Über die wahrgenommenen Wünsche der Patienten hinaus werden in 22% der Konsultationen Untersuchungen erbracht und in 19% der Konsultation Medikamentenverschreibungen.

Diese Ergebnisse zeigen, daß die Ärzte aus ihrer eigenen Sicht den Patienten keine Leistungen vorenthalten, sondern vielmehr darüber hinaus Leistungen erbringen, die sie unabhängig vom Patientenwunsch für notwendig halten. Eine Ausnahme bietet der Bereich Beratung, in dem die Ärzte ein höheres Bedürfnis feststellen, als sie dann befriedigen. Dieser Effekt wurde daraufhin überprüft, ob er nur bei einzelnen Ärzten gehäuft auftrat oder zwischen den Ärzten gleichverteilt ist. Es wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärzten für diesen Effekt gefunden.

Dieses Ergebnis spricht für die bereits erfolgte Annahme, daß die Ärzte meinen, in keinem der Bereiche die Patientenwünsche in ihrer Behandlung zu ignorieren, abgesehen bei der Beratung. Vergleicht man die ärztliche Sichtweise mit der Patientensichtweise, so deutet sich an, das von den Ärzten unterschätzte Bedürfnis nach Beratung größer ist, als sie selber annehmen. Es ergeben sich auch nennenswerte Diskrepanzen zwischen Patientenwünschen und ärztlichen Leistungen in den anderen Bereichen, die in der Arztperspektive nicht auftauchen.

Zusammenfassend läßt sich folgern, daß die Ärzte aus ihrer Sicht den Patienten abgesehen von Beratung keine Leistungen vorenthalten und zusätzlich Leistungen erbringen. In dem

Maße, wie Patientenerwartungen also nicht in die Interaktion eingehen, vermindert sich damit auch die Wahrscheinlichkeit, daß der Patient die erwünschte Leistung erhält, bzw. eine nichterwünschte Leistung nicht erhält. Dieses Ergebnis würde für eine genauere Erforschung der Prozesse des Informationsaustausches zwischen Arzt und Patient in der AP-Interaktion sprechen, da offensichtlich gegenseitige Erwartungen nicht thematisiert werden und die Patienten ihre Bedürfnisse nicht explizit äußern. Die Ärzte sind offensichtlich bemüht, den Wünschen der Patienten entgegenzukommen, wobei das auch in der Arztsichtweise auftauchende Defizit an Beratung sich durch einen Mangel an Zeit für den einzelnen Patienten erklären ließe. Zusätzlich sollte untersucht werden, ob die Ärzte das Defizit an Beratung als zu beseitigendes Problem einschätzen oder die Beratung in vielen Fällen für überflüssig erachten.

10.11.8 Vergleich von Leistungen nach Patientenangaben und Arztangaben

Unterschiede in den Angaben zwischen Patienten und Ärzten über den Inhalt der erfolgten Behandlung lassen sich auf die verschiedenen kognitiven Konzepte von Arzt und Patient und den daraus folgenden unterschiedlichen Sichtweisen von Behandlung zurückführen. Die kognitive Orientiertheit strukturiert die Wahrnehmung des Interaktionsgeschehens, so daß sich Unterschiede in den Sicht- und Erlebnisweisen bei Arzt und Patient in unterschiedlichem Antwortverhalten bei identischer Situation ausdrücken können. Ebenfalls berücksichtigt werden muß dabei auch die teilweise verschiedene Nomenklatur für die Bezeichnung der Leistungen in Arzt- und Patientenfragebogen, die zwar eingeführt wurde, um die Zuordenbarkeit der Antworten zu den tatsächlich erfolgten Antworten zu gewährleisten, jedoch in ihrer Semantik nicht immer den selben Sachverhalt bezeichnet.

Weitere Möglichkeiten, Widersprüche in den Angaben zu erklären, liegen in der Annahme von bewußten Falschangaben von Arzt oder Patient oder in der Annahme von durch die Befragungssituation bedingten Ungenauigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen, von Flüchtigkeit oder von Zeitproblemen.

Die Gegenüberstellung von Patienten- und Arztangaben (letztes Diagramm) zeigt, daß sich starke Unterschiede in den Bereichen Beratung und Untersuchung ergeben. Über Beratung machen in 46% der Konsultationen Arzt und Patient verschiedene Angaben, wobei in 33% der Konsultation nur der Arzt angibt daß eine Beratung stattgefunden hat und in 13% der Konsultationen nur der Patient.

Es besteht also offensichtlich zwischen Arzt und Patient in fast der Hälfte der Konsultationen keine Einigkeit darüber, was als Beratung oder Information zu verstehen sei und ob sie stattgefunden hat. Eine Überprüfung des Zusammenhangs der Zunahme der subjektiven Informiertheit der Patienten ergab keinen Zusammenhang mit den Differenzen zwischen Arzt- und Patientenangaben. Daraufhin wurde der Zusammenhang zwischen der Differenz zwischen dem Patientenwunsch nach Beratung und ihren Angaben, ob eine Beratung stattgefunden hatte, überprüft. Es zeigte sich, daß auch in diesem Fall die Einschätzung der Patienten über die Veränderung der eigenen Informiertheit unabhängig vom erlebten Behandlungs-geschehen ist. Eine Möglichkeit der Erklärung läge darin, daß die Patienten zur Einschätzung ihrer Informiertheit andere Kriterien anwenden, als das Erleben einer Beratung.

Auch bei den Untersuchungen gaben bei 25% der Konsultationen die Ärzte eine Leistung an, ohne daß eine entsprechende Patientenangabe vorlag. Die Werte für die anderen Leistungen können der Graphik entnommen werden. Die widersprüchlichen Angaben zwischen Arzt und Patient liegen in diesen Bereichen zwischen 8% (physikalische Therapie) und 16% (Medikamente).

Eine Untersuchung des arzt spezifischen Effekts der Unterschiede zwischen Arzt- und Patientenangaben erbrachte hochsignifikante Effekte in den Bereichen Beratung und Untersuchung ($p < 0,0001$). Weniger evident war der Effekt bei Medikamenten und physikalischer Therapie ($p < 0,05$).

Dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß die Widersprüche zwischen Arzt- und Patientenangaben stark arzt spezifisch sind. Die Unterschiede weisen eine sehr hohe Streuung auf, wobei wenn die Unterschiede sehr hoch sind, die Richtung der Diskrepanz dahin geht, daß die Ärzte mehr Leistungen angeben als die Patienten.

Wegen der starken Arztspezifität ist also das Phänomen der differierenden Arzt- und Patientenangaben nicht ohne eine umfangreichere Untersuchung zu verallgemeinern. Als Erklärungsmöglichkeiten bieten sich bei Verifizierung des Phänomens mehrere Hypothesen an, die jedoch vermutlich nur durch quantitative Nachuntersuchungen validiert werden könnten. Ohne eine Untersuchung der Konsultationssituation durch mündliche Befragung von Arzt und Patient zu den Motiven der unterschiedlichen Angaben bleiben die Hypothesen spekulativ.

Ein Erklärungsmöglichkeit der Unterschiede liegt in den verschiedenen Interpretationsmustern von Arzt und Patient. Der Patient interpretiert das Geschehen in der Arztpraxis mit seinen alltäglichen Definitionsregeln und ordnet seine Erlebnisse in das ihm per Fragebogen vorgegebene Raster ein. Der Arzt hat durch wissenschaftliche Ausbildung erworbene Interpretationsmuster und versteht die Leistungen meist auch als institutionalisierte Leistungen, d.h. daß sie für ihn auch Abrechnungspositionen darstellen. Es besteht daher die Möglichkeit, daß die Unterschiede zwischen den Angaben von Arzt und Patient zunächst auf verschiedenen Begriffssystemen von medizinischen Leistungen beruhen. Die hohe Arztspezifität der Differenzen spricht für starke Unterschiede zwischen diesen Mustern zwischen den Ärzten.

Während manche Ärzte eher den umgangssprachlichen Begriff einer medizinischen Leistung zur Beantwortung der Fragen zugrundegelegt haben, scheinen andere den institutionellen Begriff der Abrechnungsposition verwendet zu haben.

Ein Dilemma der Untersuchung besteht darin, daß weder aufgrund der Patienten- noch aufgrund der Arztangaben auf das tatsächliche Geschehen in der AP-Interaktion geschlossen werden kann. Es wurden in der Untersuchungsbeschreibung bereits mehrere Gründe für die Anerkennung einer höheren Zuverlässigkeit der Arztangaben angeführt. Angesicht der erheblichen Unterschiede in den Angaben von Arzt und Patient und vor allem wegen der starken Arztspezifität dieses Effekts kann diese Annahme nicht länger ungeprüft aufrecht erhalten werden.

Das Ergebnis einer starken leistungs- und arztspezifischen Diskrepanz von Arzt- und Patientenangaben ist für sich betrachtet ein bedeutsames Ergebnis. Da viele Untersuchungen entweder nur auf Arzt- oder Patientenangaben basieren, sind Qualitätsaussagen über die medizinische Versorgung solange vorbehaltlich einer fragwürdigen Reliabilität der Daten zu betrachten, solange nicht durch qualitative Untersuchungen, bei denen der Untersucher sich am Interaktionsgeschehen beteiligt und die verschiedenen Bezugssysteme und Interpretationsregeln von Patienten und Ärzten durch mündliches Nachfragen ermittelt, die Gründe für die Differenzen bekannt sind.

10.12 DIE INTERAKTIONSZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN

Um die Wirkungen von Behandlungseffekten auf die Patientenzufriedenheit zu untersuchen, waren Fragen zur Interaktionsqualität aus der Sicht des Patienten (genug Zeit für Beratung bzw. Untersuchung?, konnten alle Beschwerden

vorgetragen werden?, kamen Sie manchmal nicht zu Wort?, Verständlichkeit der Arztmitteilungen, und Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung) in den zweiten (nachher-) Fragebogen aufgenommen worden.

Die Ergebnisse deuten insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Konsultationen an. Genug Zeit für die Untersuchung (Beratung) hatte sich der Arzt nach Meinung von 85% (87%) der Patienten genommen. Zuviel Zeit für die Untersuchung (Beratung) wurde nach der Meinung von 14% (11%) der Patienten aufgewendet und jeweils nur 1% der Patienten kreuzten die Kategorie 'eher zu wenig Zeit' an. Kein Patient beklagte sich, daß der Arzt sich viel zu wenig Zeit genommen hätte.

Die Möglichkeit, alle Beschwerden vorzutragen, bejahten 97% der Patienten, 3% konnten nicht alle Beschwerden vortragen und kein Patient gab an, seine Beschwerden nicht vortragen zu können. Daß sie teilweise oder sehr stark nicht zu Wort kamen, wurde nur von 5% der Patienten bejaht. 86% gaben an daß alle Arztmitteilungen verständlich waren, 13% hielten sie für fast verständlich und nur 1% für teilweise verständlich. Kein Patient kreuzte die Kategorien 'nein, wenig' oder 'nein, nichts' an.

Insgesamt mit der Behandlung sehr zufrieden waren 61% der Patienten, zufrieden waren 34% und nur 2% waren unzufrieden oder sehr unzufrieden. Mehr als 95% der Patienten waren also mit der Behandlung mindestens zufrieden.

Die Absicht, die Bedingungen der Varianz der Zufriedenheit der Patienten mit der Interaktion zu untersuchen kann aufgrund dieser Ergebnisse nicht realisiert werden. Alle Variablen weisen nur eine sehr geringe Varianz auf, so daß Gruppen von unzufriedenen Patienten für mehrdimensionale Auswertungen entweder zu gering besetzt oder nicht vorhanden sind.

Wodurch läßt sich nun diese fast einhellige Zufriedenheit der Patienten erklären? Die einfachste Erklärung läge darin, daß die Patienten tatsächlich in dem Ausmaß zufrieden sind, in dem sie die Zufriedenheit im Fragebogen angeben. Dagegen spricht jedoch die in der Analyse des Leistungsgeschehens hervorgetretene Komplexität von Diskrepanzen zwischen Wünschen, Erwartungen und tatsächlichen Leistungen. Entweder spielt also das reale Leistungsgeschehen für die Beurteilung der Konsultation keine Rolle und die Patienten sind unabhängig von der Frustration von Erwartungen oder Wünschen mit der Behandlung zufrieden, oder die Zufriedenheit der Patienten stellt ein Artefakt unserer Untersuchungsform dar. Sollten die Patienten wirklich unabhängig vom Leistungsgeschehen und von Unterschieden in der Beurteilung der Beschwerden durch den Arzt mit der Behandlung zufrieden sein, könnte dies bedeuten, daß sie ihre eigene Konzeption von ihrem gesundheitlichen Zustand und den Behandlungsnotwendigkeiten in die Richtung der Arztinterpretation modifizieren.

Ob dies wirklich der Fall ist, oder ob die Ergebnisse zur Zufriedenheit der Patienten ein Artefakt unserer Befragungskonzeption darstellt, kann anhand unserer Daten nicht geklärt werden. Der Artefaktcharakter kann darin begründet sein, daß die Befragungssituation in der Praxis des Arztes die Patienten zu arztfreundlichem Antwortverhalten veranlaßt. Erst die Kontrolle durch entweder eine Nachbefragung oder durch eine von der Arztpraxis getrennte Befragung der Patienten könnte hierüber Klarheit verschaffen.

Man kann also aus unseren Ergebnissen nicht schließen, daß die Patienten im allgemeinen mit den Konsultationen und der Interaktionsqualität zufrieden sind, und auch nicht, daß sie eigentlich nicht zufrieden sind. Vielmehr muß man davon ausgehen, daß wenn man die Patienten direkt nach der Konsultation in der Praxis des Arztes schriftlich zu ihrer

Zufriedenheit mit der Behandlung befragt, geringe Chancen bestehen, unzufriedene Patienten zu finden.

11.0 ZUSAMMENFASSUNG

Der beim Auftreten körperlicher Beschwerden erste Kontakt mit Institutionen des Gesundheitssystems ist für den Patienten in der Regel die Konsultation des Hausarztes. Dieser entscheidet gewöhnlich über den Verlauf der Behandlung und stellt damit die Weichen für Patientenkarriere und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen. Die Interaktion des Patienten mit dem niedergelassenen Arzt ist für den Patienten von weitreichender Bedeutung, da sich aus ihr die Bedingungen seiner Krankenkarriere und damit seiner Gesundheit ergeben. In der ärztlichen Praxis treffen laienhafte Konzeptionen über die Entstehung und Heilung von Krankheiten und das medizinisch-professionelle Handlungskonzept aufeinander. Die Erwartungen des Patienten an den Arzt, die Beurteilung seines Gesundheitszustands können Auswirkungen auf das Verhalten des Arztes haben, ebenso wie das ärztliche Verhalten die Einstellung des Patienten gegenüber seiner Krankheit modifizieren kann.

Um Einblick in diese komplexen Wechselwirkungen der Arzt-Patient-Interaktion zu gewinnen, wurde eine Befragung von 280 Patienten und deren Hausärzten in zehn Arztpraxen in Nordbayern durchgeführt. In einer Vorher-nachher-Befragung wurden die Patienten zur Einschätzung ihres Gesundheitszustands, zu ihren Erwartungen an die Behandlung und zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung befragt. Zusätzlich wurden die behandelnden Ärzte nach der Konsultation zum Gesundheitszustand des Patienten, zu seinen Erwartungen und zu ihren Maßnahmen befragt. Diese Befragungsform erlaubte eine Untersuchung der gegenseitigen Wirkungen von Arzt- und Patientenurteilen im Interaktionsprozeß. Das gewählte Untersuchungsdesign der Vorher-nachher-Befragung des Patienten mit zusätzlicher Befragung des Arztes nach der Konsultation war speziell zur Überprüfung der Fragen konzipiert, ob sich die Urteile des Patienten durch die

Konsultation ändern und ob diese Änderungen von der Einschätzung des Arztes abhängig sind. Im Leistungsbereich kann damit ermittelt werden, inwieweit die Erwartungen und Wünsche des Patienten vom Arzt wahrgenommen werden, und ob sie für den Arzt handlungsrelevant sind. Der Untersuchung wurde eine kognitiv - interaktionistische Sichtweise der AP-Interaktion zugrundegelegt, da diese besonders geeignet schien, die komplexen Prozesse der AP-Interaktion zu strukturieren.

Die Analyse der Änderungen der Bewertung von Beschwerdenintensität und allgemeinem Gesundheitszustand bei den Patienten zeigte eine starke Abhängigkeit dieser Effekte von der Bewertung des Arztes. Diese Abhängigkeit war für den Bereich der Beschwerdenbeurteilung stärker als bei der Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß eine geringere Konkordanz zwischen der Änderung der Patientenmeinung und der Arztmeinung in der Einschätzung des allgemeinen aktuellen Gesundheitszustands besteht, als in der Einschätzung des Beschwerdenschweregrads. Für den allgemeinen Gesundheitszustand erwies sich im Unterschied zur Beschwerdensituation die Annahme als begründet, daß die Ärzte den Gesundheitszustand ihrer Patienten tendenziell für besser halten als die Patienten selbst. Für eine Arztspezifität der Wirkung des Arzturteils auf das Patientenurteil konnten für beide Beurteilungsbereiche keine Anhaltspunkte gefunden werden. Dies deutet auf einen verallgemeinbaren Etikettierungseffekt der Arztbewertungen auf Prozesse der Selbstwahrnehmung des Patienten in der AP-Interaktion hin. Ebenso wie bei der Beschwerdenbewertung spielte auch bei der Bewertung des Gesundheitszustands die Bekanntheit mit dem Arzt (neuer - alter Patient) keine Rolle.

Im Zusammenhang mit der Beunruhigung des Patienten über seine Beschwerden konnten mehrere Hinweise gefunden werden. Die subjektiv erlebte Beschwerdenintensität, das Vorhanden-

sein sonstiger persönlicher Probleme, die Attribuierung der Beschwerden als seelisch bedingt, die Nervosität über die Konsultationssituation und die Stellung der Konsultation in der Patientenkarriere waren Faktoren der Beunruhigung im Sprechzimmer und erwiesen sich als eng untereinander verknüpft. Die Methoden der teilnehmenden Befragung sind dabei zur Ermittlung und das Verständnis der konkreten Problemsituationen vermutlich eher geeignet als eine standardisierte schriftliche Befragung, da dabei auch der Bezug zur spezifischen Krankheit in ihrem sozialen Umfeld hergestellt werden kann.

Im Bereich der kognitiven Repräsentanz medizinischer Leistungen wurden fünf Ebenen für sechs Leistungsbereiche gegenübergestellt.

Bei unserer Stichprobe zeigte sich, daß viele Patienten trotz Wunsch mit keiner Beratung rechnen und gegen ihren Wunsch mit einer Medikamentenverordnung rechnen. Bei Krankschreibungen wurde eher mit mehr Krankschreibungen gerechnet als vom Patienten für notwendig gehalten wurde. Die Annahme einer leistungsspezifischen Diskrepanz zwischen Wunsch- und Realerwartung wurde durch diese Ergebnisse unterstützt.

Eine überraschende Diskrepanz zwischen Patientenwünschen und deren Arztwahrnehmung erlab sich im Bereich Medikamente, da die Ärzte häufig einen Medikamentenwunsch wahrnahmen, obwohl nach Patientenangaben kein derartiger Wunsch vorlag. Dieses Ergebnis spricht für eine arztinduzierte Leistungserbringung.

Eine hohe Diskrepanz zwischen Patientenwünschen und ärztlichen Leistungen zeigte sich im Bereich Beratung. Es ergaben sich Hinweise darauf, daß die Ärzte unserer Stichprobe die Patientenwünsche so wahrnahmen, wie es ihrer eigenen Konzeption von Behandlungsnotwendigkeit entspricht.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß die Ärzte aus ihrer eigenen Sicht den Patienten keine Leistungen vorenthalten, sondern vielmehr darüber hinaus Leistungen erbringen, die sie unabhängig vom Patientenwunsch für notwendig halten. Eine Ausnahme bietet der Bereich Beratung, in dem die Ärzte ein höheres Bedürfnis feststellen, als sie dann befriedigen.

Bei den Angaben zu den Leistungen wurden starke Unterschiede zwischen Arzt- und Patientenangaben gefunden, die wiederum praxisspezifisch waren. Dieses Ergebnis deutet ein Validitätsproblem bei der Erhebung von medizinischen Leistungen an, da häufig Patientenangaben zur Grundlage empirischer Untersuchungen gemacht werden. Die hohe Arztspezifität der Diskrepanzen problematisiert auch die Validität der Arztangaben in unserer Befragung und deutet die Relevanz von Semantik- und Bezugssystemfragestellungen für diesen Bereich an. Insgesamt zeigte sich eine hohe Arztspezifität der Differenzen zwischen den Ebenen der kognitiven Repräsentation Ärztlicher Leistungen. Dies kann sowohl auf einen hohen Grad von Autonomie der Ärzte in der Bestimmung des Interaktionsverlaufs als auch auf Besonderheiten unserer Stichprobe (10 Praxen) zurückzuführen sein.

Diese Ergebnisse müssen stets unter dem Vorbehalt gesehen werden, daß zwar 280 Arztkonsultationen untersucht wurden, jedoch nur in zehn Praxen. Die Verallgemeinerbarkeit unserer Ergebnisse ist damit sehr stark von der Repräsentativität dieser Praxen abhängig.

Welche Folgerungen können aus unseren Ergebnissen gezogen werden? Bereits in der Einführung wurde darauf hingewiesen, daß eine Gefahr für die Qualität medizinischer Versorgung darin liegt, wenn Maßnahmen zur Kostendämpfung ungeachtet der Inhalte der AP-Interaktion eingeleitet werden. Konflikte werden in der Regel im ökonomischen Bereich zu Lasten dessen entschieden, der nicht in die Möglichkeit hat, seine Interessen zu artikulieren und zur Geltung zu bringen. Im

Unterschied zu den Ärzten verfügen die Patienten in unserer Gesellschaft bisher über keine machtvolle Lobby. Ihre Ansprüche werden lediglich indirekt durch Krankenkassen, Gewerkschaften und Politiker repräsentiert. Ein Forum für Patientenprobleme hat sich in unserer Gesellschaft abgesehen von Selbsthilfegruppen in einigen Gemeinden bisher nicht entwickelt. Der Patient unterliegt damit der Gefahr, in die Rolle des passiven Leistungsempfängers gedrängt zu werden, der seine Ansprüche nach dem Angebot zu richten hat und nicht gefragt wird, was er für sein Wohlbefinden für angemessen hält. Andererseits wird er für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen häufig verantwortlich gemacht.

Unsere Ergebnisse haben zahlreiche Hinweise dafür erbracht, daß die Entscheidungen über die Leistungen in der AP-Interaktion nicht 'patienteninduziert' sind, sondern vom Arzt entsprechend seinen Konzepten und Wahrnehmungen autonom bestimmt werden. Ansätze, die Leistungen durch höhere finanzielle Belastung der Patienten eindämmen wollen (Erhöhung der Selbstbeteiligung), sind durch diese Ergebnisse in Frage gestellt.

Die Ausführungen über die Konzepte von Gesundheit und Krankheit sollten zeigen, daß Arzt und Patient über unterschiedliche Begriffe und Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit verfügen. Unterschiedliche Sozialisationsformen und verschiedene sozial definierte Kompetenzen und Befugnisse sind die Grundlagen dieser Unterschiede. Die Konzeptionen von Gesundheit, Krankheit und der Notwendigkeit von heilenden Maßnahmen gehen in die AP-Interaktion als Bedingungen der Entscheidungsfindung ein. Die Erwartungen und Wertungen der Patienten treffen auf die kognitiven Konzeptionen und die Befugnisse des Arztes. Aufgrund seiner sozialen Befugnisse verfügt der Arzt über ein stärkeres Definitionspotential in der Interaktion. Er kann damit Macht ausüben und die gesundheitliche und soziale Situation des Patienten entscheidend prägen. Diese Ungleichheit in der Interaktion stellt dann eine Gefahr dar, wenn Erwartungen

und Ansprüche des Patienten nicht die Chance haben, in die Interaktion einzugehen und unter die Entscheidungsbefugnis des Arztes subsumiert werden.

In unserer Untersuchung wurde als patientenzentrierter Ansatz ein kognitiv-reflexives Menschenbild zugrundegelegt, das den Patienten als rationales Subjekt mit der Fähigkeit, autonom über seine Belange zu entscheiden, betrachtet. Der gewählte kognitive Ansatz der schriftlichen Befragung hatte das Ziel, die Erwartungen und Bewertungen des Patienten in der Interaktion zu verfolgen. Hierfür wurden die fünf Ebenen der kognitiven Rpräsentanz postuliert und vergleichend als Interaktionsperspektiven gegenübergestellt.

Ein Mangel der Methode der schriftlichen Befragung liegt in ihrer Unsensibilität für das Verständnis sowohl der jeweiligen Interaktionssituation als auch der individuellen Problemlage. Sie kann zwar entscheidene Hinweise auf Zusammenhänge im Prozeß der AP-Interaktion liefern, das Begreifen und Verstehen der sozialen, psychologischen und gesundheitlichen Situation der Befragten bleibt jedoch dem Verständnis und Einfühlungsvermögen von teilnehmenden Beobachtern vorbehalten.

Eine sinnvolle Weiterführung des Ansatzes dieser Untersuchung kann neben den bereits erwähnten methodisch immanenten Verbesserungen darin liegen, ihn einer qualitativen AP-Interaktionsanalyse zugrundezulegen.

Anstatt die Befragung standardisiert in den Praxisablauf zu integrieren, kann sie als offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient nach der routinemäßigen Konsultation oder einige Zeit später geführt werden. Dabei wäre es sinnvoll, durch einen 'Interviewer' gezielt die in unserer Untersuchung verwendeten kognitiven Kategorien in das Gespräch zu integrieren. Unterschiede in der Bewertung des Patientenbefindens durch Arzt und Patient oder Widersprüche zwischen Patientenerwartungen und Arztwahrnehmung der Erwar-

tungen können jeweils aktuell festgehalten und thematisiert werden. Neben der Möglichkeit, die individuellen Motivationen und Begründungen für die jeweilige Perspektive zu ermitteln, bietet es sowohl dem Arzt als auch dem Patienten die Möglichkeit die Perspektiven und kognitiven Konzeptionen des Gegenübers zu erfahren und zu hinterfragen. Zusätzlich zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn durch Dokumentation und Analyse der Gespräche bietet diese Methode den Gesprächspartnern die Chance, die gegenseitigen kognitiven Konzeptionen zu erkennen und damit die Handlungen des Gegenübers zu verstehen. Je mehr Ärzte sich bereitfinden, ihr Leistungsverhalten unter dem Gesichtspunkt der Patientenperspektive zu reflektieren, desto eher wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Gesundheitsversorgung zu erreichen.

12.0 LITERATUR

Achtzehn Tips für eine bessere Kommunikation zwischen Patient und Arzt; in Austral. Fa. Phys. Vol6., 66-669 (1977)

Ahmed P.I., Coelho G.V.: Toward a New Definition of Health; New York 1979a

Ahmed P.I., Kolker A., Coelho G.V.: Toward a New Definition of Health: An Overview; in Ahmed P.I., Coelho G.V. 1979b

Ahrens S.: Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis; in Siegrist J. 1979

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit; Reinbek 1973

Böse J. et al: Verfahrensweise zur Analyse der Wirtschaftlichkeit ambulanter Versorgung; in Zentralinstitut ... (1979)

Basler H.-D.: Verschiedene Krankheitsmodelle und deren psychosoziale Konsequenzen; in Basler H.D. u.a.1978 (a)

Basler H.-D.: Wissenschaftstheoretische Aspekte der Krankheitsmodelle; in Basler H.-D. 1978 (b)

Basler H.D. u.a.: Medizinische Psychologie II. Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin; Stuttgart 1978

Bauch J.: Probleme der "Versozialwissenschaftlichung" der Medizin; Mensch Medizin Gesellschaft 1982 1 20-25

Bauch J.: Psychosomatik als Paradigma; Mensch Medizin Gesellschaft 1979 199-202

Baumann Barbara: Diversities in Concepts of Health and Physical Fitness; J. Health Hum. Behav. 2 1961 S.39-46

Benedetti J.K.: Strategies for the Selection of Log-Linear Models; Biometrics 34 680-686, Dec 1978

Bertakis K.D.: The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction; J. Fam.Pract. 1977, 5, 212-222

Birbaumer N.: Psychophysiologie der Angst; München 1977

Birch M.W.: Maximum likelihood in three-way contingency tables; J.Royal Statist. Soc. (B) 25, 220-33

Bishop Y.M.M., Fienberg S.E., Holland P.W.: Discrete Multivariate Analysis; Cambridge 1975

Bishop Y.M.M.: Full contingency tables, logits and split contingency tables; Biometrics 25, 383-99

Blumenfield M., Levy N.B., Kaufmann D.: The wish to be informed of a fatal illness; Omega 1979, 9, 323-326

Blumer Herbert: Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus; in Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen 1973

Boorse C.: On the Distinction between Disease and Illness; in Caplan A.L. 1981

Breger L., Mc Gaugh J.L.: Kritik und Neufassung lerntheoretischer Ansätze zur Psychotherapie und zum Begriff der Neurose; in Westmeyer H., Hoffmann N. 1977

Calnan M.: Clinical uncertainty: is it a problem in the doctor-patient relationship?; Sociology of Health and Illness Vol 6 No. 1 84

Caplan A.L. et al: Concepts of Health and Disease; Reading 1981

Czech S.R.: Selbstmedikation als Faktor im System der Gesundheitsforschung in Deutschland; Arbeitskreis Selbstmedikation März 1980

Davis M.S.: Variations in patients' compliance with doctors' advice: An empiric analysis of patterns of communication; Am. J. Publ Health 1968, 58, 274-288

Deppe H.-U., et al: Medizinische Soziologie Jahrbuch 1, Frankfurt New York 1981

Deppe H.-U., Regus M.: Seminar:Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Frankfurt 1975

Der Spiegel 52/1984: Zweifel an Freud - Sturz eines Denkmals; Hamburg 1984

Dixon W.J.: BMDP Statistical Software 1981, Berkeley, Los Angeles, London 1981

Ellis A., Grieger R.: Praxis der rational - emotiven Therapie; München 1979

Fabrega H. jr.: Concepts of Disease: Logical Features and Social Implications; in Caplan A.L. 1981

Fabrega H., Jr.: Disease and Illness from a Biocultural Standpoint; in Ahmed P.I., Coelho G.V. 1979

Ferber v. Ch. und L.: Der kranke Mensch in der Gesellschaft Reinbek 1978

Ferber v., Ch.: Soziologie für Mediziner BHN 1975

Ferber von Ch.: Gesundheitsverhalten; in Siegrist J.: Wege zum Arzt 1979

Fey W.: Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit?; Westfälisches Ärzteblatt, Juni 1980 S.588-600

Francis V. et al: Gaps in doctor-patient communications: Patient's response to medical advice; New England Journal of Medicine, 1969, 280, 535-540

Frankel R.M.: Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters; Interactional Competence, New York (Irvington)

Freidson E.: Dominanz der Experten; München 1975

Freidson E.: Patient's Views of Medical Practice; New York 1961

Frey D., Wicklund R.A., Scheier M.F.: Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit; in Frey (1975)

Frey D.: Kognitive Theorien der Sozialpsychologie; Bern Stuttgart Wien 1975

Frey D.: Kognitive Theorien; in Frey (1983)

Frey D.: Sozialpsychologie: Handbuch in Schlüsselbegriffen; München Wien Baltimore 1983

Gerdes K.: Explorative Sozialforschung; Stuttgart 1979

Gerhardt U.: Der Krankheitsbegriff im Symbolischen Interaktionismus; in Deppe H.U. et al 1981

Gordon G.: Role Theory and Illness; New Haven 1966

Greitemeyer M.: Psychologische Faktoren bei der Entscheidung zum Arztbesuch; Med.Psychologie 3; 107-112 (1977)

Hendel-Kramer A., Siegrist J.: Soziale und psychische Determinanten des Krankheitsverhaltens; in Siegrist J.: Wege zum Arzt 1979

Herzlich C.: Health and Illness - A Social Psychological Analysis; London 1973

Hinkle L.E., Wolff H.G.: Ecologic investigations of the relationship between illness, life experiences, and the social environment; Ann.Int.Med. 49, 1373, 1958

Hopf Ch., Weingarten E.: Qualitative Sozialforschung; Stuttgart 1979

Hopf Ch.: Soziologie und qualitative Sozialforschung; in Hopf Ch., Weingarten E. 1979

Idler E.L.: Definitions of Health and Illness and Medical Sociology; Soc. Sci. & Med. 13A 1979 S.723-731

Jette A.M. et al: The Structure and Reliability of Health Belief Indices; Health Services Research 16 1981 S.81-98

Jungmann Gerhard: Was ist Gesundheit? Fragen und Antworten; Deutsches Ärzteblatt 46 11.11.1976

Keupp H.: Abweichung und Alltagsroutine, Hamburg 1976

King L.S.: What is disease?; in Caplan A.L. 1981

Korsch B.M. et al: Gaps in doctor-patient communication 1.Doctor-Patient interaction and patient-satisfaction. Pediatrics, 1968, 42, 855-871

Kriz J.: Statistik in den Sozialwissenschaften; Reinbek 1973

Kuhn T.S.: The Structure of scientific Revolutions; Chicago 1970

Langeheine R.: Log-lineare Modelle zur multivariaten Analyse qualitativer Daten; München Wien 1980

Lazarus A.A.: Auf dem Weg zu einer ego - losen Existenz; In Ellis, Grieger 1979

Leavitt F.: The Health Belief Model and Utilization of Ambulatory Care Services; Social Science and Medicine Vol 13A 1979 S.105-112

Liek E.: Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient; Leipzig 1926

Lohmann H.: Krankheit oder Entfremdung; Stuttgart 1978

Möhr J.R., Hähn K.D.: Verdenstudie Strukturanalyse Allgemeinmedizinischer Praxen; Köln 1977

Martini C.J., McDowell I.: Health Status: Patient and Physician Status; Health Services Research Winter 1976 S.508-515

Mechanic D.: Handbook of Health, Health Care and the Health Profession; New York 1983

Mechanic D.: Medical Sociology; New York 1978

Mechanic D.: Social Psychologic Factors affecting the Presentation of Bodily Complaints; The New England Journal of Medicine 1972 S.1132-1139

Mechanic D.: The Concept of Illness Behavior; in Caplan A.L. 1981

Mentzer S.J., Snyder M.L.: The Doctor and the Patient: A Psychological Perspective; in Sanders G.S., Suls J. 1982

Mertens W: Symbolischer Interaktionismus; in Frey (1983)

Mitscherlich A. et al: Der Kranke in der modernen Gesellschaft Köln, Berlin 1967

Mushlin A.I, Appel F.A.: Testing an Outcome-Based Quality Assurance Strategy in Primary Care; Medical Care May 1980 Vol.18 No.5

Nelson E. et al: Functional Health Status Levels of Primary Care Patients: J.Am.Med.Assoc. 1983 249/24 (3331-3338)

Parsons T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas; in Mitscherlich 1967

Parsons Talcott: The Social System; Glencoe 1951

Pfeiffer W.M.: Traditionelle Heilkunde und naturwissenschaftliche Medizin; Mensch Medizin Gesellschaft 1981 1 14-22

Pflanz M.: Gesundheitsverhalten; in Mitscherlich A. 1967b

Pflanz M.: Sozialer Wandel und Krankheit; Stuttgart 1962

Pflanz M.: Soziokulturelle Faktoren und innere Erkrankungen; in Mitscherlich 1967c

Picard W.: Familie und psychische Störung; München 1977

Potthoff P.: Materialien zur Studie "Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit"; GSF-Bericht Mai 1982

Potthoff P.: Indikatoren für die Erfolgsbeurteilung stationärer Behandlungen aus der Sicht von Patienten; unveröffentl. Manuskript, München 1984

Quekelberghe van R.: Modelle kognitiver Therapien; München
Baltimore 1979

Rellecke E.: Das Arzt-Patient-Gespräch als Aushandeln von
Behandlung; Mensch Medizin Gesellschaft 3 (1983) 146-159

Rennert M.: Einige Anmerkungen zur Verwendung von
Differenzwerten und zur Veränderungsmessung; Psychologische
Beiträge 19,1977 S.100-109

Rosemeier C.-P.: Bestimmung von objektiven und subjektiven
Gesundheitsmaßen -theoretische Überlegungen zu einer Konzeption;
Arbeitspapier Nr. 17 Sonderforschungsbereich 3
J.W.Goethe Universität Frankfurt und Universität Mannheim
Juli 1981a

Rosemeier C.-P.: Lebenszusammenhang und Bewältigung von
Krankheit - Einige Perspektiven zur Untersuchung von
Gesundheit und Krankheit; Arbeitspapier Nr. 60 Sonderfor-
schungsbereich 3 J.W.Goethe Universität Frankfurt und
Universität Mannheim Juli1981b

Sandholzer H.: Behinderung und Beeinträchtigung bei älteren
Patienten in der Allgemeinpraxis; in Z.allg.Medizin
59,349-354(1983)

SAS Institute Statistical Analysis System: SAS User's guide:
Statistics 1982 Edition, Cary 1982

Schachter S.J.: The Interaction of Cognitive and
Physiological determinants of emotional state; in Spiel-
berger Ch.D. 1966

Scheele Brigitte: Kognitions- und sprachpsychologische
Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion; Heidelberg 1978

Scheuch E.K.: Das Verhalten der Bevölkerung als Teil des
Gesundheitssystems; in Bogs H. et al 1982

Schoene W.: Erkenntnisleitende Modelle als Muster sozialer Beziehungen; Mensch Medizin Gesellschaft 1979 4 191-246

Schoene W.: Warum Ethnomedizin? Statt eines Editorials; Mensch Medizin Gesellschaft 1981 6 3-8

Schuller A.: Das Paradigma und die gesellschaftliche Identität der Medizin; Mensch Medizin Gesellschaft 1979 4 S.193-198

Schwefel D.: Sozioökonomische Aspekte der Gesundheitssystemforschung; Sozialer Fortschritt 1984/10

Seiler B.: Genetische Kognitionstherapie - Persönlichkeit und Therapie; in Hoffmann N. 1979

Siegrist J., Hendel-Kramer Anneliese: Wege zum Arzt; München 1979

Siegrist J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie 1975

Skelton J.A., Pennebaker J.W.: The Psychology of Physical Symptoms and Sensations; in Sanders G.S., Suls J. 1982

Svarstad B.: Physician-patient-communication and patient conformity with medical advice; in Mechanic D. (1976)

Tesser, A., Rosen S.: The reluctance to transmit bad news. In Berkowitz L. (1975)

Veatch R.M.: The Medical Model: Its Nature and Problems; in Caplan A.L. 1981

Waitzkin H.: The micropolitics of the doctor-patient relationship; in Waitzkin H. 1983

Waitzkin H.: The second sickness; New York 1983

Wartmann S.A.: Impact of Divergent Evaluations by Physicians and Patients of Patient Complaints; Public Health Reports 1983 Vol.98 No.2 S.141-145

West C.: "Ask Me No Questions... " An Analysis of Queries and Replies In Physician-Patient Dialogues; in Discourse Processes, 7 1984a

West C.: Medical misfires: Mishearings, misgivings, and misunderstandings in physician-patient dialogues; in Discourse Processes, 7, 1984b

Westmeyer H., Hoffmann N.: Verhaltenstheorie; Hamburg 1977

Wicklund R.A.: Objective self awareness; in Berkowitz L. 1975

Wildgrube Klaus: Die Arzt-Patient-Beziehungen; in Basler H.-D. u.a. 1978

Zalewski Th.: Empirische Analyse des Patientenverhaltens - Implikationen für die Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument; unveröffentlichtes Vortragsmanuskript 1983

Zalewski Th.: Originäre Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Steuerungspotentiale in der ambulanten ärztlichen Versorgung; St.Augustin 1984

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Hrsg. Schwefel D. u.a.; Beiträge zur Analyse der Wirtschaftlichkeit ambulanter Versorgung; Köln 1979

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD: Tätigkeitsbericht 1982; Köln 1982

Zielke M.: Darstellung und Vergleich von Verfahren zur individuellen Veränderungs-messung; Psychologische Beiträge, 1980 Band 22, S.592-609

ANHANG

12.1 AUSSCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNG AN VIER FELDFORSCHUNGS-
INSTITUTE

Institut

An

Institut 1

Institut 2

Institut 3

Institut 4

3. Mai 1984

Betrifft: Ausschreibung einer empirischen Erhebung zum
Thema: "Patientenerwartungen und Bewertungen von subjek-
tiven Gesundheitszuständen durch Arzt und Patient"

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Arbeitsgruppe "Sozioökonomische Methoden" des XXXXX - Instituts plant, in den nächsten Monaten die Erhebungsteile einer empirischen Studie über Patientenerwartungen in der ambulanten Arztpraxis und Bewertungen von Krankheitszuständen durch Patient und Arzt in Auftrag zu geben. Wir möchten Sie und Ihr Institut hiermit bitten, uns ein Angebot für die Durchführung der Studie zu unterbreiten. Eine Beschreibung der Fragestellungen und eine Spezifikation des Untersuchungsdesigns finden Sie in der Anlage. Diese Angaben sollen Ihnen insbesondere bei der Kalkulation helfen. Wir behalten uns vor, in einer endgültigen Erhebungsplanung Modifikationen an diesen Festlegungen vorzunehmen. Andererseits ist uns an Kommentierungen, Anregungen oder Kritik zu unseren Vorstellungen von Ihrer Seite sehr gelegen. Es wäre sicherlich für die Ergebnisse der Studie ein großer Gewinn, wenn Vorerfahrungen sachlicher oder methodischer Art in der Durchführung von Studien im Forschungsfeld "Arzt - Patienten - Befragung" von vorneherein in die Studiengestaltung einbezogen werden könnten.

Da die Studie möglichst noch im Juni in Auftrag gegeben werden soll, wären wir Ihnen für ein Angebot bis Ende Mai sehr dankbar. Wir bedanken uns im voraus für Ihre Mühe und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Harald Lindenmüller

Anlage

12.2 VORHABENBESCHREIBUNG:

Patientenerwartungen, Patientenzufriedenheit und Bewertung von subjektiven Gesundheitszuständen durch Arzt und Patient

12.2.1.1 Hauptfragestellungen

Gegenstand der Untersuchung ist die Arzt - Patient - Interaktion im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands durch den Patienten. Es wird vermutet, daß die Bewertung des Gesundheitszustands durch den Patienten durch die Arztkonsultation in die Richtung der Arztbewertung modifiziert wird, das Arzturteil also eine etikettierende Funktion für die subjektive Befindlichkeit des Patienten ausübt. Ein weiterer zentraler Untersuchungspunkt sind die Patientenerwartungen an die Behandlung und die Wirkung einer eventuellen Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität auf die Patientenzufriedenheit. Daneben sollen Veränderungen der Patienteninformiertheit und ihre Auswirkungen auf die Zufriedenheit sowie Laienkonzeptionen von Krankheitsursachen und Heilungsmöglichkeiten untersucht werden.

12.2.1.2 Untersuchungsdesign

Die Studie soll als schriftliche Befragung von Patienten und Ärzten in Arztpraxen durchgeführt werden, also als sogenannte Wartezimmerbefragung. Der Fragebogen (Anlage) besteht aus vier Teilen die in folgender Reihenfolge eingesetzt wer-

den sollen. Darunter sind jeweils die Inhalte der Befragungsteile angegeben:

1. Patientenfragebogen 'vor der Konsultation'

Befindlichkeit

Informiertheit

Krankheitskonzept

Heilungskonzept

Patientenerwartungen

2. Patientenfragebogen 'nach der Konsultation'

Befindlichkeit

Informiertheit

Zufriedenheit

Patientenstatistik

3. Arztfragebogen 'nach der Konsultation'

Patientenbefindlichkeit

Patientenerwartungen

4. Arztfragebogen 'Arztmerkmale'

Arztstatistik

12.2.1.3 Aufgabenbeschreibung

Die Aufgaben des durchführenden Instituts liegen in folgenden Erhebungsschritten:

1. Endgültige Konzipierung der Untersuchung in Zusammenarbeit mit XXXXX.
2. EDV-gerechtes Layout und Druck der Fragebögen
3. Kontaktaufnahme mit den Arztpraxen und Organisation des Befragungsablaufs in Kooperation mit Arzt und Praxispersonal. Die Befragung soll ohne Anwesenheit eines Interviewers erfolgen, sodaß eine präzise Vorstrukturierung des Untersuchungsablaufs und eine ausführliche Instruktion des Praxispersonals notwendig ist.
4. Verteilung und Sammlung der Fragebögen
5. Erstellung eines Datenbands und Kodierplans
6. Abwicklung der Entlohnung der Ärzte

12.2.1.4 Arztstichprobe

Ausgewählt werden sollen sogenannte 'Hausärzte', um den Bereich der primärärztlichen Versorgung zu erfassen. Die Arztstichprobe wird deshalb auf praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten beschränkt. Strebt man eine Patientenstichprobe von $n=300$ an, ergibt eine Verteilung auf 10 Ärzte eine Patientenquote von 30 je Arzt. Die Stichprobe soll wegen des Pretestcharakters der Studie zunächst auf Münchner Ärzte beschränkt werden.

12.2.1.5 Patientenstichprobe

Die Zufälligkeit und Repräsentativität der Patientenstichprobe wird mittelbar über die Arztstichprobe erzielt, da alle Patienten, die sich behandeln lassen, befragt werden. Es ist darauf zu achten, dass alle Sprechstundenzeiten des jeweiligen Arztes stichprobenartig in die Befragung eingehen, um das Patientensample nicht nach bestimmten Patientengruppen zu verzerren.

Kinder und Ausländer sowie Patienten, die den Arzt wegen einer Vorsorgeuntersuchung aufsuchen, sollen von der Patientenstichprobe ausgeschlossen werden.

12.2.1.6 Befragungsdurchführung

Die Befragung findet in schriftlicher Form statt, wobei das durch das durchführende Institut instruierte Praxispersonal die Aufgabe der Instruktion und Motivation der Patienten für die Befragung einnehmen sollen. Der Patient muß zunächst eine schriftliche Erklärung abgeben, in der er den Arzt von der Schweigepflicht für Angaben zu seinem aktuellen Gesundheitszustand entbindet. Dem Patienten wird versichert, dass seine Daten anonymisiert werden und nur in aggregierter Form für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden.

Um die Gesamtvalidität der Befragung zu erhöhen, ist eine Befragungssituation anzustreben, in der der Patient die Fragebögen in Ruhe ohne die Anwesenheit von fremden Personen und dem Praxispersonal ausfüllen kann (also möglichst nicht im Wartezimmer mit anderen Patienten).

nachdem die Patienten vom Praxispersonal instruiert wurden, erhalten sie den Patientenfragebogen I zum Ausfüllen. Dabei wird auch auf die Anonymität der Angaben gegenüber dem Arzt hingewiesen.

Nachdem der Patient vom Sprechzimmer zurückkommt, erhält er den Patientenfragebogen II.

Der Arzt erhält gleichzeitig den Arztfragebogen I. Unabhängig davon soll jeder Arzt einmal nach den Einzelbefragungen den Arztfragebogen II ausfüllen. Die Befragung muß so organisiert werden, daß sie in den Praxisbetrieb integriert wird, der Arzt also beispielsweise den Arztfragebogen I automatisch zusammen mit der Patientenkarte erhält.

Um die Möglichkeit einer Panelbefragung offenzuhalten und um die Identifizierung der Fragebogenteile zu erleichtern, sollen Name und Geburtsdatum des Patienten am Anfang oder Ende eines jeden Fragebogenteils und die Adresse am Ende der Befragung festgehalten werden.

Um den Schutz der Daten zu gewährleisten und zu demonstrieren, hinterlegt der Patient die Fragebogen in an XXXXX oder das Erhebungsinstitut adressierten Umschlägen jeweils in ein verschlossenes Behältnis (Urne etc.) Ebenso eventuell der Arzt.

Die 'Werbung' der Ärzte erfolgt durch schriftliches Anschreiben einer repräsentativen Stichprobe, wobei der Arztfragebogen II eventuell schon beigelegt werden könnte und mit der Antwort zurückgesandt würde.

12.3 FRAGEBOGENSATZ DER UNTERSUCHUNG

001053

Anfangsbuchstaben
Geb.-Jahr von Vor- + Zuname

Patienten-
nummer

PATIENTENFRAGEBOGEN I

II 9/12

GESUNDHEITSFORSCHUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit dieser Untersuchung, die wir für ein Forschungsinstitut des Bundes und des Freistaates Bayern durchführen, sollen wichtige Fragen über den Gesundheitszustand von Patienten niedergelassener Ärzte beantwortet werden.

Die Mitarbeit an dieser Studie ist freiwillig.
Wir versichern Ihnen, daß Ihre Angaben nur anonym in eine Gesamtauswertung eingehen und daß Ihre Angaben weder Ihrem Arzt noch Ihrer Sprechstundenhilfe bekannt gemacht werden.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Gesundheitsforschung der GfK in Nürnberg

Erhebungs-Nr.

Arzt-Nr.

1 Mit welchen aktuellen Beschwerden sind Sie heute in die Sprechstunde gekommen?

Schreiben Sie bitte in die nächsten Zeilen diese Krankheiten, Symptome, Beschwerden und Probleme.

Schreiben Sie bitte unter 1 das wichtigste, unter 2 das zweitwichtigste usw.

Bei Kontrollbesuch geben Sie bitte an, aufgrund welcher Krankheit die Kontrolle erfolgt.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

5

13/17

Wir werden in dieser Befragung das, was Sie soeben aufgeschrieben haben, immer als "Ihre Beschwerden" bezeichnen. Wenn also von "Ihren Beschwerden" die Rede ist, sind keine sonstigen oder früheren Krankheiten gemeint, sondern nur das, was Sie soeben selbst angegeben haben.

Kreuzen Sie bitte Ihre Antworten an (x)

- 2 Waren Sie in den letzten Tagen bettlägerig?
- 1 () gar nicht
2 () stundenweise
3 () ganztätig

II 18

- 3 Wie sehr sind Sie durch Ihre Beschwerden bei Ihrer Berufsausübung oder bei der Haushaltsführung beeinträchtigt?
- 1 () überhaupt nicht
2 () etwas
3 () stark
4 () sehr stark

19

- 4 Wie sehr sind Sie durch Ihre Beschwerden beim Essen, Schlafen oder bei der Körperpflege beeinträchtigt?
- 1 () überhaupt nicht
2 () etwas
3 () stark
4 () sehr stark

20

- 5 Sind Sie pflege- oder hilfsbedürftig?
- 1 () gar nicht
2 () nur bei anstrengenden Tätigkeiten
3 () schon bei leichten Tätigkeiten
4 () völlig pflegebedürftig

21

- 6 Wie stark sind Ihre Beschwerden und Schmerzen im Moment?
- 1 () habe keine
2 () schwach
3 () stark
4 () sehr stark

22

- 7 Wie sehr sind Sie wegen Ihrer Beschwerden beunruhigt?
- 1 () gar nicht
2 () ein wenig
3 () stark
4 () sehr stark

23

8 Wie würden Sie aus Ihrer Sicht den Schweregrad Ihrer Beschwerden beschreiben?

- 1 () sehr schwer
- 2 () schwer
- 3 () weniger schwer
- 4 () leicht

II

24

9 Wie fühlen Sie sich über die Ursachen Ihrer Beschwerden informiert?

- 1 () nicht informiert
- 2 () teilweise informiert
- 3 () gut informiert
- 4 () sehr gut informiert

25

10 Haben Sie sich bisher über die Ursachen Ihrer Beschwerden informiert?

Geben Sie bitte alle Ihre Informationsquellen an

Mehrfachnennungen möglich

- 1 () nein, noch nicht informiert
- 2 () ja, informiert

26

- 0 () beim Arzt
- 1 () bei Bekannten, Nachbarn, Kollegen
- 2 () beim Apotheker
- 3 () beim Heilpraktiker
- 4 () durch Rundfunk, Fernsehen
- 5 () durch Zeitschriften
- 6 () durch Fachbücher
- () durch

27

11 Wie fühlen Sie sich über die
Heilungsmöglichkeiten Ihrer
Beschwerden informiert?

- 1 () nicht informiert
- 2 () teilweise informiert
- 3 () gut informiert
- 4 () sehr gut informiert

II

28

12 Haben Sie sich bisher über die
Heilungsmöglichkeiten Ihrer
Beschwerden informiert?

Geben Sie bitte alle Ihre Informations-
quellen an

Mehrfachnennungen möglich

- 1 () nein, noch nicht informiert
 - 2 () ja, informiert
- 29
- 0 () beim Arzt
 - 1 () bei Bekannten, Nachbarn,
Kollegen
 - 2 () beim Apotheker
 - 3 () beim Heilpraktiker
 - 4 () durch Rundfunk, Fernsehen
 - 5 () durch Zeitschriften
 - 6 () durch Fachbücher
 - () durch

30

13 Sind Sie sicher, daß Ihnen Ihr
Arzt bei Ihren aktuellen Beschwer-
den helfen kann?

- 1 () nicht sicher
- 2 () etwas sicher
- 3 () völlig sicher
- 4 () weiß nicht

31

14 Wie fühlen Sie sich, wenn Sie daran denken, daß Sie bald in das Sprechzimmer gehen

- 1 () aufgeregt, nervös
- 2 () ruhig
- 3 () beunruhigt
- 4 () sicher
- 5 () gelassen
- 6 () unsicher
- 7 () gehemmt
- 8 () nicht anders als sonst auch

II

32

15 Was sehen Sie als Ursachen Ihrer Beschwerden an?

.....

.....

.....

.....

2 33/34

16 Wissen Sie, welche Maßnahmen bei Ihren Beschwerden am sinnvollsten sind?

- 1 () ja, ganz genau
- 2 () ja, ungefähr
- 3 () nein, gar nicht

35

- 17 Wenn Sie jetzt behandelt werden, was meinen Sie, wäre für Ihre Gesundheit notwendig?

Bitte lesen Sie diese Liste durch und kreuzen Sie alles an, was Sie für wichtig halten

Mehrfachnennungen möglich

- 0 () ich möchte gründlich untersucht werden
1 () ich möchte von meinem Arzt genau über meine Beschwerden informiert werden
2 () ich möchte krankgeschrieben werden
3 () ich möchte ein Attest bekommen
4 () ich möchte ein Rezept für ein Medikament bekommen
5 () ich möchte Medikamente umsonst bekommen (Arztmuster)
6 () ich möchte an einen Facharzt überwiesen werden
7 () ich möchte in ein Krankenhaus eingewiesen werden
8 () ich möchte Massagen, Bäder, Krankengymnastik oder Bestrahlungen bekommen
9 () ich möchte eine Kur verschrieben bekommen
x () ich möchte psychotherapeutisch behandelt werden

II 36/37

- () ich möchte

Und nach der Behandlung möchte ich...

- 0 () mich einmal richtig ausruhen
1 () verstehen, worunter ich leide
2 () den Anweisungen des Arztes folgen
3 () meine Lebensweise ändern
4 () von meiner Umgebung rücksichtsvoll behandelt werden
5 () bald wieder zum Arzt gehen
6 () mit der Behandlung zufrieden sein

18 Was glauben Sie wird der Arzt heute anordnen oder mit Ihnen machen?

Mehrfachnennungen möglich

- 0 () körperlich untersuchen
- 1 () Medikamente verschreiben
- 2 () Ärztemuster geben/Medikamente umsonst geben
- 3 () Wundversorgung/kleine Chirurgie
- 4 () physikalische Behandlung in dieser Praxis (z.B. Bestrahlungen etc.)
- 5 () krankschreiben
- 6 () Krankschreibung verlängern
- 7 () ins Krankenhaus einweisen
- 8 () an den Facharzt überweisen
- 9 () Massagen, Bestrahlungen oder Krankengymnastik verschreiben
- x () Heil- und Hilfsmittel verordnen
- 0 () eine Kur verordnen
- 1 () beraten zur Lebensführung
- 2 () über die Krankheit informieren
- 3 () spätere Hausbesuche
- 4 () wieder einbestellen in die Praxis

19 Glauben Sie, daß Ihnen auch andere Personen als Ihr Arzt bei Ihren Beschwerden helfen können?

Mehrfachnennungen möglich

1 () nein

2 () ja, und zwar:

II 58

0 () Apotheker

1 () Heilpraktiker

2 () Psychologe

3 () Geistlicher

4 () Bekannte, Nachbarn

5 () Facharzt

6 () Naturheilkundler

() andere

59

20 Bei wem, außer Ihrem Arzt, würden Sie sich noch über Ihre Beschwerden beraten lassen?

Mehrfachnennungen möglich

0 () bei einem anderen Arzt

1 () beim Apotheker

2 () beim Heilpraktiker

3 () beim Psychologen

4 () beim Geistlichen

5 () bei Bekannten, Nachbarn

6 () beim Facharzt

7 () beim Naturheilkundler

8 () bei keinem anderen

() beim

60/61

-
- 21 Man spricht oft davon, daß viele Krankheiten seelisch bedingt sind. Glauben Sie, daß seelische Faktoren bei Ihren Beschwerden eine Rolle spielen?
- 1 () auf jeden Fall
2 () möglicherweise
3 () eher nicht
4 () sicher nicht
5 () weiß ich nicht

II

41

-
- 22 Wie würden Sie insgesamt Ihren jetzigen Gesundheitszustand beschreiben?
- 1 () sehr gut
2 () gut
3 () mäßig
4 () schlecht
5 () sehr schlecht

42

-
- 23 Wie sind Sie, abgesehen von Ihren jetzigen Beschwerden mit Ihrem bisherigen Gesundheitszustand insgesamt zufrieden?
- 1 () sehr zufrieden
2 () zufrieden
3 () teils, teils
4 () unzufrieden
5 () sehr unzufrieden

43

Bitte geben Sie uns nun noch ein paar allgemeine Auskünfte zu Ihrer Person

A Wie alt sind Sie?

..... Jahre
II 44/45

B Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- 1 () männlich
2 () weiblich
46

C Geben Sie bitte Ihren Familienstand an.

- 1 () ledig
2 () verheiratet
3 () getrennt lebend/geschieden
4 () verwitwet
47

D Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst und Kinder mitgerechnet?

..... Personen
48

E Führen Sie Ihren Haushalt selbst?

- 1 () ja, allein
2 () ja, mit Hilfe von anderen
3 () nein
49

F Welcher Krankenkasse gehören Sie an?

- 1 () AOK
2 () Betriebskrankenkasse
3 () Innungskrankenkasse
4 () Landwirt. Kasse
5 () Ersatzkasse
6 () Private Krankenversicherung
7 () Andere Krankenversicherung
8 () Keiner Krankenversicherung
50

G Geben Sie bitte Ihren Schulabschluß an.

- 1 () Haupt-/Volksschule ohne Abschluß
2 () Haupt-/Volksschule mit Abschluß
3 () Mittel-/Realschule oder Gymnasium ohne Abitur
4 () Mittlere Reife
5 () Abitur/Fachabitur
51

H Sind Sie berufstätig?

1 () ja

2 () nein, ich bin

3 () in Rente/Pension

4 () Hausfrau

5 () in Ausbildung

6 () z.Zt. arbeitslos

} weiter bei
Frage L

II 52

I Falls Sie berufstätig sind: Welche Art von Arbeit führen Sie aus?

1 () sehr schwere körperliche Arbeit

2 () schwere körperliche Arbeit

3 () leichte körperliche Arbeit

4 () keine körperliche Arbeit

53

J Falls Sie berufstätig sind: Erfordert Ihre Tätigkeit im allgemeinen...

1 () sehr starke Konzentration

2 () starke Konzentration

3 () keine besondere Konzentration

54

K Stellen Sie sich bitte vor, Sie müssen morgen Ihren Beruf ausüben. Wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit beurteilen?

1 () voll arbeitsfähig

2 () teilweise arbeitsfähig

3 () nicht arbeitsfähig

4 () weiß nicht

5 () nicht berufstätig

55

L Haben Sie zur Zeit, abgesehen von Ihrem Gesundheitszustand, noch andere Probleme, die Sie stark belasten (z.B. Familie, Beruf, Geld)?

() nein

() ja, und zwar:

.....
56/57

BITTE LEGEN SIE DEN FRAGEBOGEN IN DEN BEILIEGENDEN UMSCHLAG UND WERFEN SIE DIESEN VERSCHLOSSEN IN DIE BEREITGESTELLTE URNE, BEVOR SIE INS SPRECHZIMMER GEHEN!

FÜLLEN SIE NACH DEM GESPRÄCH MIT IHREM ARZT BITTE NOCH EINEN KURZEN ZWEITEN FRAGEBOGEN AUS.

~~001052~~

Anfangsbuchstaben

Geb. Jahr

Vor- + Zuname

Patienten-Nr.

PATIENTENFRAGEBOGEN II

III 9-12

GESUNDHEITSFORSCHUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

füllen Sie jetzt bitte noch diesen Fragebogen aus.
Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten an (x).

Vielen Dank.

Erhebungs-Nr.

Arzt-Nr.

1 Sind Sie der Meinung, daß sich Ihr
Arzt genug Zeit für Ihre Unter-
suchung genommen hat?

- 1 () ja, sogar eher zu viel Zeit
2 () ja, genug Zeit
3 () nein, eher zu wenig
4 () nein, viel zu wenig

III

13

2 Sind Sie der Meinung, daß sich Ihr
Arzt genug Zeit für Ihre Beratung
genommen hat?

- 1 () ja, sogar eher zu viel Zeit
2 () ja, genug Zeit
3 () nein, eher zu wenig
4 () nein, viel zu wenig

14

3 Hatten Sie die Möglichkeit, Ihre Be-
schwerden vorzutragen?

- 1 () ja, alle
2 () ja, aber nicht alle
3 () nein

15

4 Hatten Sie den Eindruck, daß Sie manch-
mal nicht zu Wort kamen?

- 1 () ja, sehr stark
2 () ja, teilweise
3 () nein, überhaupt nicht

16

5 War alles verständlich, was Ihnen Ihr Arzt mitgeteilt hat?

- 1 () ja, alles
- 2 () ja, fast alles
- 3 () teils, teils
- 4 () nein, wenig
- 5 () nein, nichts

III

17

6 Wie würden Sie aus Ihrer Sicht den Schweregrad Ihrer Beschwerden beschreiben?

- 1 () sehr schwer
- 2 () schwer
- 3 () weniger schwer
- 4 () leicht

18

7 Wie fühlen Sie sich über die Ursachen Ihrer Beschwerden informiert?

- 1 () nicht informiert
- 2 () teilweise informiert
- 3 () gut informiert
- 4 () sehr gut informiert

19

8 Wie fühlen Sie sich über die Heilungsmöglichkeiten Ihrer Beschwerden informiert?

- 1 () nicht informiert
- 2 () teilweise informiert
- 3 () gut informiert
- 4 () sehr gut informiert

20

9 Wie sind Sie insgesamt mit der Behandlung zufrieden?

- 1 () sehr zufrieden
- 2 () zufrieden
- 3 () teils, teils
- 4 () unzufrieden
- 5 () sehr unzufrieden

21

10 Wie würden Sie insgesamt Ihren jetzigen Gesundheitszustand beschreiben?

- 1 () sehr gut
- 2 () gut
- 3 () mäßig
- 4 () schlecht
- 5 () sehr schlecht

22

11 Wie sehr sind Sie jetzt wegen Ihrer Beschwerden beunruhigt?

- 1 () gar nicht
- 2 () ein wenig
- 3 () stark
- 4 () sehr stark

III

23

12 Stellen Sie sich bitte vor, Sie müssen morgen Ihren Beruf ausüben. Wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit beurteilen?

- 1 () voll arbeitsfähig
- 2 () teilweise arbeitsfähig
- 3 () nicht arbeitsfähig
- 4 () weiß nicht
- 5 () nicht berufstätig

24

13 Welche Maßnahme hat der Arzt bei Ihnen getroffen?

Mehrfachnennungen möglich

- 0 () körperliche Untersuchung
- 1 () Medikamente verschrieben
- 2 () Ärztemuster gegeben/Medikamente umsonst gegeben
- 3 () Wundversorgung/kleine Chirurgie
- 4 () physikalische Behandlung in dieser Praxis (Bestrahlungen etc.)
- 5 () krankgeschrieben
- 6 () Krankschreibung verlängert
- 7 () ins Krankenhaus eingewiesen
- 8 () an den Facharzt überwiesen
- 9 () Massagen, Bestrahlungen oder Krankengymnastik verschrieben
- x () Heil- und Hilfsmittel verordnet
- 0 () eine Kur verordnet
- 1 () Beratung zur Lebensführung gegeben
- 2 () über die Krankheit informiert
- 3 () wieder einbestellt in die Praxis

Uns interessiert nun noch Ihre Meinung zu unseren Fragen:

- 14 Wir sind daran interessiert zu erfahren, ...
was Sie zu dieser Befragung meinen.
Haben Sie Fragen als unangemessen oder
überflüssig empfunden?
Kann es sein, daß wir wichtige Probleme
übersehen haben?
-

FÜR IHRE MITARBEIT BEI DIESER STUDIE BEDANKEN
WIR UNS RECHT HERZLICH.

Erhebungs-Nr.

4 4 3 2 2 1

Arzt-Nr.

II

9-11

Geb. Jahr

Anfangsbuchstaben

Vor- + Zuname

Patienten-Nr.

9/12

ARZTFRAGEBOGEN

GESUNDHEITSFORSCHUNG

Diese Teile können von der Arzthelferin ausgefüllt werden

Geschlecht

☐ 1 männlich☐ 2 weiblich

Nationalität

☐ 1 deutsch☐ 2 türkisch☐ 3 italienisch☐ 4 jugoslawisch☐ 5 spanisch☐ 6 sonstige

krankenversichert

☐ bei AOK, BKK, IKK, LKK,
I Knappschaft, o.ä.☐ 2 bei Ersatzkasse☐ 3 privat☐ 1 Patient von außen überwiesen☐ 2 Patient nicht von außen über-
wiesen

16

Tag der Konsultation

☐ 1 Mo☐ 2 Di☐ 3 Mi☐ 4 Do☐ 5 Fr

17

Grund der Konsultation

☐ 4 Krankheit☐ 6 Unfall☐ 5 Notfall☐ Patient will Bescheinigung für
1 AU/Krankengeld☐ 2 Patient will Überweisung☐ 3 Patient will Rezept☐ anderes, was?

18

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

bitte geben Sie uns mit den folgenden Angaben eine kurze Beschreibung des
Patienten bzw. seines Gesundheitszustandes.

Vielen Dank.

-
- | | |
|-------------------------|---|
| 1 Patientenbeschreibung | 1 () neuer Patient |
| | 2 () bekannter Patient, neue Erkrankung |
| | 3 () bekannter Patient, alte Erkrankung |
| | 4 () bekannter Patient, alte und neue Erkrankung |
| I 19 | |
-

- | | |
|---|---------|
| 2 Mit welchem aktuellen Anlaß ist der Patient heute in die Sprechstunde gekommen? | |
| Bitte geben Sie die Hauptdiagnose an. | 20/21 2 |
-

- | | |
|--|------------|
| 3 Stand diese Diagnose heute im Vordergrund? | 1 () ja |
| | 2 () nein |
| 22 | |
-

- | | |
|---|---------|
| 4 Welche anderen Diagnosen hat der Patient auch noch? | 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| | 4. |
| | 5. |
| 23/24 | 6. |
-

5 Welche der folgenden Maßnahmen hat der Patient erwartet?

Mehrfachnennungen möglich

- 0 () Beratung
- 1 () Untersuchung
- 2 () Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- erstmals
- 3 () Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Verlängerung
- 4 () sonstiges Attest
- 5 () Medikamentenverschreibung
- 6 () kostenlose Medikamente/Ärztenticket
- 7 () Eingriff
- 8 () Überweisung an den Facharzt
- 9 () Krankenhauseinweisung
- x () Verordnung physiotherap. Leistungen
- 0 () Veranlassung Heilverfahren/Kuren
- () sonstiges:

I 25/26

6 Heute durchgeführte therapeutische Maßnahmen

Mehrfachnennungen möglich

Diagnostik:

- 0 () Anamnese
- 1 () körperliche Untersuchung
- 2 () EKG
- 3 () Blutdruckmessung
- 4 () Röntgen
- 5 () Labor
- 27 () sonstiges:

Therapie:

- 0 () Rezept
- 1 () Medikamententicket
- 2 () Wundversorgung, kleine Chirurgie
- 3 () physikalische Behandlung in der Praxis
- 4 () Verordnung physiotherapeutischer Behandlung
- 5 () Verordnung Heil-/Hilfsmittel
- 6 () Beratung
- () sonstiges:

Behandlungsplan:

- 0 () Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- erstmals
1 () Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- verlängert
2 () Krankenhauseinweisung
3 () Überweisung an Facharzt
4 () Veranlassung Heilverfahren/Kur
5 () Wiedereinbestellung
6 () sonstiges:

I 29

7 Wie beurteilen Sie den Schweregrad der
Beschwerden des Patienten?

- 1 () sehr schwer
2 () schwer
3 () weniger schwer
4 () leicht

30

8 Wie sehr ist der Patient durch seine
Beschwerden bei seiner Berufsausübung
oder bei der Haushaltsführung be-
einträchtigt?

- 1 () überhaupt nicht
2 () etwas
3 () stark
4 () sehr stark

31

9 Wie stark ist der Patient durch seine
Beschwerden beim Essen, Schlafen oder
bei der Körperpflege beeinträchtigt?

- 1 () überhaupt nicht
2 () etwas
3 () stark
4 () sehr stark

32

10 Wie würden Sie insgesamt den aktuellen
Gesundheitszustand des Patienten be-
werten?

- 1 () sehr gut
2 () gut
3 () mäßig
4 () schlecht
5 () sehr schlecht

33

MEDIS

INTERVIEWFRAGEBOGEN

Liebe Mitarbeiterin / Lieber Mitarbeiter

Bitte schildern Sie uns Ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Studie, da diese Art von Untersuchung bisher äußerst selten durchgeführt worden ist und Erfahrungen von daher kaum vorliegen.

1. Wie reagierte der Arzt auf die Darstellung der Untersuchung?
 War er zuerst ablehnend, skeptisch oder interessiert?

Welche Einwände brachte er vor?

2. Wie reagierte die Arzthelferin?
 Welche Einwände kamen?

ÄRZTLICH WENIG SCHREIBER GUT SEH
 SCHÄTZTE, ABER DIE LETZTEN BOGEN FÜR DIE
 WAREN, DIESE JA - SCHÄTZTE, DASS ES NICHT
 BEFREIEN WÜRDEN.

3. Wurde der normale Praxisablauf durch die Untersuchung stark
 beeinträchtigt?

SEHR GERING.

4. Welche Reaktionen zeigten die Patienten?

ZWEIFELHAFTES UND GUTER
 FÜR DIESE "VERGESSEN DER FÜR DIE";
 SONST S. SELBE LETZTE SEITE.

5. Wie war die Praxisausstattung des Arztes?
 modern, altmodisch ...

6. Traten während der Feldphase größere Probleme auf?
 Wenn ja, welche?

NEIN.

7. War die Zahl der Interviewverweigerungen sehr hoch?
 Welche Begründungen für die Interviewverweigerungen wurden
 genannt?

SEHR WICHTIG, DASS
 SONST IST DAS NICHT?

MEDIS

INTERVIEWFRAGEBOGEN

Liebe Mitarbeiterin / Lieber Mitarbeiter

Bitte schildern Sie uns Ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Studie, da diese Art von Untersuchung bisher äußerst selten durchgeführt worden ist und Erfahrungen von daher kaum vorliegen.

1. Wie reagierte der Arzt auf die Darstellung der Untersuchung?
 War er zuerst ablehnend, skeptisch oder interessiert?

Welche Einwände brachte er vor?

Der Arzt war generell interessiert, sagte jedoch, dass
 er zeitlich sehr überlastet sei. Ich konnte ihm dann
 jedoch recht schnell überreden mitzumachen.

2. Wie reagierte die Arzthelferin?
 Welche Einwände kamen?

die Helferin war sehr nett und bemühte sich sehr
 die Befragung schnell aber schließten
 keine Einwände

3. Wurde der normale Praxisablauf durch die Untersuchung stark
 beeinträchtigt?

nein, nicht sehr

4. Welche Reaktionen zeigten die Patienten?

fast alle waren bereit mitzumachen, der Gutachten
 stellte einen großen Anreiz dar

5. Wie war die Praxisausstattung des Arztes?
 modern, altmodisch ...

modern u geschmackvoll

6. Traten während der Feldphase größere Probleme auf?
 Wenn ja, welche?

Am Beginn der Feldphase sagte der Arzt auf einmal
 dass es zeitlich wohl nicht schaffen würde (privater
 Umzug ein Kolonial eingestellt, Anwartschaftsrechnung)
 die Helferin wurde jedoch für eine rasche Fertigstellung.

7. War die Zahl der Interviewverweigerungen sehr hoch?
 Welche Begründungen für die Interviewverweigerungen wurden
 genannt?

sehr niedrig
 meistens keine Bülle dabei; keine Lust

H E D I S

INTERVIEWERFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Mitarbeiterin / lieber Mitarbeiter

Sie schildern uns Ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Studie, wie diese Art von Untersuchung bisher äußerst selten durchgeführt worden ist und Erfahrungen von daher kaum vorliegen.

Wie reagierte der Arzt auf die Darstellung der Untersuchung?
War er zuerst ablehnend, skeptisch oder interessiert?
Welche Einwände brachte er vor?

Interessiert, aber auch skeptisch ob Patienten teilnehmen;

Frage: Anonymität der Patienten gewährleistet ist will Besichtigung

Wie reagierte die Arzthelferin? → gelangweilt
Welche Einwände kamen? → keine

Wurde der normale Praxisablauf durch die Untersuchung stark beeinträchtigt?

Nein

4. Welche Reaktionen zeigten die Patienten?

- vorwiegend ablehnend

5. Wie war die Praxisausstattung des Arztes?
modern, altmodisch ...

modern

6. Traten während der Feldphase größere Probleme auf?
Wenn ja, welche?

- ja, zu viel Absagen
- da Prozess zu klein, konnten Patienten kaum gefunden werden

7. War die Zahl der Interviewverweigerungen sehr hoch?
Welche Begründungen für die Interviewverweigerungen wurden genannt?

- ja, keine Lust
- keinen Sinn

H E D I S

INTERVIEWERFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Mitarbeiterin / lieber Mitarbeiter

Sie schildern uns Ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Studie, wie diese Art von Untersuchung bisher äußerst selten durchgeführt worden ist und Erfahrungen von daher kaum vorliegen.

Wie reagierte der Arzt auf die Darstellung der Untersuchung?
War er zuerst ablehnend, skeptisch oder interessiert?
Welche Einwände brachte er vor?

- will Auswertung
- Teilnahme nur der GfK an Karte

Wie reagierte die Arzthelferin?
Welche Einwände kamen?

- bei so vielen Absagen war sie verärgert
- Patienten machen nur mit wegen Frau Doktor

Wurde der normale Praxisablauf durch die Untersuchung stark beeinträchtigt?

- ja, aber nur bei Praktikantin
- keine Zeit mehr

4. Welche Reaktionen zeigten die Patienten?

- fühlen sich ~~stark~~ und interessiert durch

5. Wie war die Praxisausstattung des Arztes?
modern, altmodisch ...

modern

6. Traten während der Feldphase größere Probleme auf?
Wenn ja, welche?

nein

7. War die Zahl der Interviewverweigerungen sehr hoch?
Welche Begründungen für die Interviewverweigerungen wurden genannt?

nein

HEDIS

INTERVIEWFRAGEBOGEN

Liebe Mitarbeiterin / lieber Mitarbeiter

Bitte schildern Sie uns Ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Studie, da diese Art von Untersuchung bisher äußerst selten durchgeführt worden ist und Erfahrungen von daher kaum vorliegen.

1. Wie reagierte der Arzt auf die Darstellung der Untersuchung?
War er zuerst ablehnend, skeptisch oder interessiert?

keine Antwort, reichte mir das bei der Untersuchung
folgte mir, dann schied er aus dem Raum
zu gehen:

2. Wie reagierte die Arzthelferin?
Welche Einwände kamen?

keine

3. Wurde der normale Praxisablauf durch die Untersuchung stark beeinträchtigt?

keine, wir sind fortstellen können, keine
mehr, aber keine Arbeit mehr zu tun

4. Welche Reaktionen zeigten die Patienten?

keine, einige der Patienten waren sehr in der Untersuchung
Teilnahme, aber die meisten waren sehr skeptisch
mit der Zeit den Beginn der Untersuchung

5. Wie war die Praxisausstattung des Arztes?

modern, altmodisch ...

keine

6. Traten während der Feldphase größere Probleme auf?
Wenn ja, welche?

keine, einige der Patienten waren sehr skeptisch
die meisten waren sehr skeptisch, aber die meisten
schlechte

7. War die Zahl der Interviewverweigerungen sehr hoch?

Welche Begründungen für die Interviewverweigerungen wurden genannt?

keine, keine Antwort, aber die meisten
keine

- 2 -

HEDIS

INTERVIEWFRAGEBOGEN

Liebe Mitarbeiterin / lieber Mitarbeiter

Bitte schildern Sie uns Ihre Erfahrungen mit dem Ablauf der Studie, da diese Art von Untersuchung bisher äußerst selten durchgeführt worden ist und Erfahrungen von daher kaum vorliegen.

1. Wie reagierte der Arzt auf die Darstellung der Untersuchung?

War er zuerst ablehnend, skeptisch oder interessiert?
Welche Einwände brachte er vor?
keine, keine Antwort, aber die meisten
keine

2. Wie reagierte die Arzthelferin?
Welche Einwände kamen?

keine, keine Antwort, aber die meisten
keine

3. Wurde der normale Praxisablauf durch die Untersuchung stark beeinträchtigt?

keine

4. Welche Reaktionen zeigten die Patienten?

keine, einige Patienten lehnten ab, wegen Bedenken

5. Wie war die Praxisausstattung des Arztes?

modern, altmodisch ...

keine

6. Traten während der Feldphase größere Probleme auf?

Wenn ja, welche?

keine, einige Patienten lehnten ab, wegen Bedenken

7. War die Zahl der Interviewverweigerungen sehr hoch?

Welche Begründungen für die Interviewverweigerungen wurden genannt?

keine, keine Antwort, aber die meisten
keine, keine Zeit
keine, keine Zeit
keine, keine Zeit

12.4.1 Antworten auf die Frage 14: Patientenmeinungen zur Befragung

Zustimmende, lobende und positiv-kritische Meinungen

1. Befragung war gut.
2. Diese Befragung finde ich gut. So was sollte öfter gemacht werden.
3. Sehr gut und interessant.
4. Die Befragung finde ich gut.
5. Die Befragung finde ich gut. Die Fragen waren auf sich bezogen zum Teil überflüssig.
6. Wenn es im gesundheitlichen Sinne dem Wohl der Bürger nützt, finde ich die Befragung sinnvoll. Auf Minuten-Zeit gesehen kann ich nicht feststellen ob wichtige Probleme übersehen wurden.
7. Wenn man mit der Umfrage etwas erfahren kann, dann ist sie in Ordnung.
8. Ich finde es richtig, denn bei manchen Ärzten hat man das Gefühl, daß nur der Krankenschein zählt, nicht der Patient.
9. Fragen sind angemessen, es fehlt nur die Frage nach den Konsequenzen für den einzelnen und was er in Zukunft selbst zur Vermeidung beitragen wird.
10. Die Befragung ist o.k. . Vielleicht sollte mehr auf die Umweltbelastung eingegangen werden.

11. Ich finde die Befragung gut, denn können vielen Ärzten neue Anhaltspunkte für den Umgang mit Patienten gegeben werden.
12. Die Fragen habe ich als angemessen empfunden. Ja, nicht jede Frage paßt auf den Einzelfall. Z.B. ist mein ! Hausarzt ein Facharzt.
13. in Ordnung.
14. Ich habe Ihre Befragung als außerordentlich interessant und keineswegs als überflüssig empfunden. Sind mir keine aufgefallen.
15. Die Befragung ist gut und angemessen.
16. Sehr interessant.
17. Die Fragen waren richtig gestellt.
18. Nicht unangenehm und nicht überflüssig.
19. Solche Befragungen sind bezüglich der Qualität der Ärzte wichtig.
20. Fragen als gut empfunden.
21. Die Befragung war ordentlich und korrekt.
22. Sehr zufrieden.
23. Man sollte diese Befragungen öfters durchführen.
24. Finde die Befragung eigentlich gut.
25. Ich halte die Befragung für sinnvoll. Es sind alle wichtigen Probleme erörtert.

26. Die Fragen waren deutlich aufgezeichnet.
27. Ich finde Ihre Fragen sinnvoll, angemessen und nicht überflüssig. Ich glaube es nicht.
28. Befragung gut und interessant. Nein.Nein.
29. Ich fand diese Befragung ganz gut.
30. Die Befragung finde ich ausgezeichnet.
31. Die Fragen waren nicht überflüssig. Probleme sind auch nicht übersehen worden.
32. Die Fragen sind angemessen und nicht überflüssig.
33. Ich fand diese Befragung als sehr gut.
34. Ich finde diese Frage-Stellung in Ordnung!
35. Ich habe die Fragen für gut empfunden.
36. Ich finde die Befragung gut. Nein, es fehlt nichts.
37. Die Umfrage ist interessant.
38. Nein, ich habe die Fragen nicht als überflüssig, sondern als wichtig empfunden. Nein, sie haben keine wichtigen Probleme ausgelassen.
39. Ich finde eine solche Befragung recht gut.
40. Befragung halte ich für sinnvoll.
41. Eine gute Möglichkeit über Arzt - Patient - Verhältnis.Nein.Nein.
42. Ich finde es gut.

43. Alles gut.
44. Die Befragung ist im allgemeinen gut. In der Antwortstellung ist z.T. eine Zwischenantwort z.B. von gut bis mäßig erforderlich. Wichtige Probleme wurden meiner Meinung nach nicht übersehen.
45. Ich finde die Befragung als gut. Manche Ärzte geben sich wirklich nicht viel Zeit für die Patienten. Ich bin mit meinem Arzt zufrieden.
46. Ich finde die Fragen gut, um das Verhältnis zwischen Patient und Arzt ab zu klären. Vielleicht besteht noch die Möglichkeit, auf die Frage einzugehen, wieviele Patienten trotz Erkrankung ihren Arbeitsplatz nicht verlassen. Um hier auch die Ursache der Erkrankung in einer evtl. unmenschlichen Arbeitswelt zu suchen.
47. Die Fragen sind gut, nur gibt es teilweise zu wenig Möglichkeiten einer persönlichen Stellungnahme (anstelle Ankreuzen). Langzeitbehandlungen sind hier schlecht treffend zu erörtern.
48. Gut - wenn entsprechende Lehren seitens der Ärzteschaft bezüglich " Eilzugtempo" gezogen werden würden.
49. Ich finde die Beragung der Patienten als sehr gut. Vor allen Dingen bin ich überzeugt, daß die Ärztin sehr gewissenhaft die Untersuchungen betreibt.
50. Ich finde diese Befragung gut, denn es kommt bei guter Information am Ende dem Patienten wieder zugute, wenn genügend Einfühlung und Aufklärung betrieben wird.

51. Meine Meinung: Die Fragen sind sehr nützlich für beide Teile.
52. Nein, eine gute Befragung. Einige Fragen sind überflüssig oder wiederholen sich.
53. Ich empfinde die Fragen als ausreichend und gut zu beantworten. Nein. Nein.
54. Interessant. Nein. Probleme gut erfaßt.
55. Sehr interessant.
56. Warn aufschlußreich und vernünftig.
57. Ok.
58. Nein, alles in Ordnung.
59. Ich habe die Fragen als sehr gut empfunden.
60. Die Befragung war in Ordnung.
61. Befragung ist in Ordnung.
62. Sehr interessant.
63. Befragung fand ich i.O..
64. Das habe ich alles für richtig empfunden. Danke.
65. Ich fand die Befragung gut.
66. Ihre Fragen waren sehr gut gestellt.
67. Ich finde die Befragung gut. Nein. Nein.
68. Finde es in Ordnung.

69. Wenn eine solche Befragung richtig ist, fand ich sie sehr gut.
70. Ich halte eine Umfrage für sehr gut. Die Fragen waren gut gewählt
71. Ja, es ist gut. Nein. Das kann ich nicht beurteilen.
72. Gut.
73. Als angemessen.
74. Die Fragen sind weder unangemessen oder überflüssig, sondern sehr gezielt gestellt.
75. Ihre Befragung empfinde ich als korrekt. Meiner Meinung nach nicht.
76. Nein. Finde es außerordentlich interessant und angebracht.
77. Die Fragen sind gut. Es kann jeder Verbesserungsvorschläge geben.
78. Interessant.
79. Sehr gut.
80. Befragung in Ordnung.
81. Die Befragung könnte nützlich sein. Die Fragen sind in Ordnung. Glaube ich nicht.
82. Die Fragen sind alle in Ordnung und Probleme sind auch keine übersehen worden.
83. Gesamtbild gut. Patientennah.

84. Die befragung bringt vielleicht auch dem Befragten Klarheit. Nein. Ich wüßte nicht, welche.
85. Ob Sie wichtige Punkte übersehen haben, kann ich nicht beurteilen. Ich finde es gut, daß ich als Patient, wenn auch anonym, meine Meinung sagen kann.
86. Die Fragestellung ist richtig und ausführlich, fast ein bißchen zuviel. Beim anderen Bogen fand ich ein paar Fragen überflüssig, die die Beurteilung der Krankheit betreffen.
87. Ich finde die Befragung für Patient und Arzt sehr gut, weil ich persönlich der Meinung bin, daß dadurch ein viel nüherer Kontakt entsteht.
88. Finde es sehr gut über die Fragen und Meinungen.
89. Ich habe keine Fragen als unangemessen o. überflüssig empfunden. Ich meine nicht, daß sie wichtige Probleme übersehen haben.
90. Das ist schon gut so.
91. In Ordnung.
92. In Ordnung.
93. Angemessen.
94. Gut.
95. Die Befragung ist gut.
96. Fragen sind angebracht. Für angemessen. Keinesfalls.
97. Gut. Nein. Nein.

98. Befragung angemessen.

99. Gut.

100. Angemessen.

101. Gut. Nein. Nein.

102. Bestens.

103. In Ordnung. Nein. Kaum.

104. Nein, ich fand die Fragen nicht unangemessen und ich finde es wurde gut gefragt, manchmal im Kreis doppelt.

Neutrale und sonstige Meinungen

1. Keine Kritik.

2. Auf Anhieb fallen mir keine fehlenden oder überflüssigen Fragen ein.

3. Die Fragen habe ich als normal und angemessen empfunden.

4. Ich fand keine einzige Frage über Beschwerden nach Amputationen z.B. ich selbst wurde vor 1 1/2 Jahren bds. Oberschenkelamputation.

5. Nicht unangemessen. Ja, über weitere Zukunft des Patienten.

6. Mich würde die Auswertung dieser Umfrage interessieren. Was es für bes. Zweck bzw. Sinn für Ärzte hat, verstehe ich nicht, da diese sich in ihren Angelegenheiten wenig beeinflussen lassen.

7. Ich weiß momentan nicht, für welche Auswertungen diese Fragen gut sind, aber es ist mir nicht unangenehm sie zu beantworten, falls daraus etwas abgeleitet werden kann.
8. Wem hilft die Befragung?
9. Meinungsumfragen haben immer Lücken. Wie empfindet man Streßsituationen?
10. Man kann mit seinem Vertrauensarzt über Ihre Fragen sprechen, aber man kann die meisten nicht genau definieren. Dafür sind die Krankheiten und Behandlungen zu verschieden.
11. Nicht als überflüssig gefunden, auch nicht als unangenehm. Den Wert dieser Befragung können sie ja besser beurteilen, auch die Notwendigkeit.
12. Der Fragebogen war zu sehr auf eine akute Krankheit, nicht auf ein Leiden abgestellt, sodaß die Beantwortung manchmal schwer fiel.
13. Die Fragen sind berechtigt. Es wurde nicht ! die Frage nach Körpergewicht und Größe gestellt.
14. Fragen in Ordnung. Nicht unbedingt überflüssig. Krankheit unbedeutend, daher vielleicht nicht aussagekräftig genug.
15. I.O. genauso wie mein Arzt.
16. Viele Wiederholungen.
17. Die Mehrheit der befragten Patienten wird zu befangen sein, um exakt, vor allem bei gleichlautenden Fragen - zu antworten. Kaum. Irgendwie gezielter ggf.- aber auf was? Fleurop ganz nett.

18. Einige Ihrer Fragen sind zu technisch und unnötig. Ein wesentliches Problem, das von Ihnen nicht erfragt wird, ist die Atmosphäre ! der Arztpraxis: Wartezimmer, Helferin, Sprechzimmer, der Arzt, die Ärztin selber sollten Ruhe ausstrahlen - dieses "Drumherum" erscheint mir sehr wichtig. Der Patient nicht als "Nummer", sondern als "Mensch" behandelt, wie in meinem Fall, das ist in unserer Zeit sehr, sehr wichtig.
19. Gar nichts, ja, -.
20. Keine Meinung - meine Ärztin wollte es, und ich machte ihr die Freude.
21. Keine Meinung, viel zu viel. Die Fragen wiederholen sich. Ja.-.
22. Wenn die Befragung dazu dient, den Patienten besser kennenzulernen, um auf seine Probleme besser eingehen zu können, halte ich sie für gut. Ansonsten empfinde ich einiges als überflüssig, da man mit einem Kreuz ohne Zusatzbemerkung nicht auskommt. Bei der Beurteilung zum Arzt neigt man zum Lügen, da man beim Arzt in Behandlung ist.
23. Es ist gut zu wissen auch anderen Menschen mal seine Krankheiten zu sagen, vor allem daß Frau Dr. Wxxxx eine gute Ärztin ist.
24. Nichts übersehen, gar nichts.
25. Ich persönlich fand für ganz tragbare Fragen.
26. Befragung nicht unangenehm.
27. Wiederholungsfragen.

28. Alle wichtigen Fragen waren durchgeführt.
29. Mir verständlich, daß diese Fragen gestellt werden.
Nein. Nein.
30. Relativ lange.
31. Es war ertragend.
32. Es ist schon in Ordnung.
33. Fragen zu umfangreich oft doppelt.
34. Nein, etwas zu umfangreich.
35. Die Fragen umfaßten den gesamten Gesundheitszustand.
36. Die Fragen sind leicht zu beantworten. Es wurde nicht nach früheren Krankheiten oder Operationen gefragt.
37. Die Fragen sind nicht unangemessen. Ich glaube nicht, daß etwas übersehen wurde. Ob die Befragung von Nutzen ist, läßt sich noch nicht sagen.
38. Was die Befragung soll.
39. Kommt drauf an, wozu Befragung dient.
40. Ich finde es nicht richtig, daß Sie den Schulabschluß, den Familienstand und die Probleme (grün L) abfragen. Viel zuviele Fragen!
41. Für mich waren die Fragen überflüssig, da ich nur zur Nachuntersuchung war.
42. Ich bin sehr offen zu den Fragen eingestellt und habe sie überhaupt nicht als unangemessen oder

überflüssig empfunden. Sie haben keine Probleme übersehen.

43. Es sind einige Fragen überflüssig, andere zu persönlich.
44. Etwas skeptisch, jedoch in der Hoffnung, das Arzt-Patienten-Verhältnis zu verändern.
45. NIchT überflüssig. Aber auch andere Dinge wie Fragen die Atmosphäre beim Arzt und in seinem Wartezimmer bzw. über die Sprechstundenhilfen wären ganz sinnvoll gewesen.
46. Einige Fragen sind zum Teil widersinnig. Die einzelnen Unterteilungen und Stärkegrade der Beschwerden ist zu wenig abgeteilt. Man könnte bessere Formulierungen finden. Der psychiatrische Bereich liegt bei diesem Bogen fast "Unter dem Teppich". Fragen wurden gerne beantwortet!
47. Fragen eher zu eng gestellt. Es sollten zusätzliche Fragen über die psychische Verfassung gestellt werden.
48. War mal interessant.
49. Angemessen, keine Problem übersehen.
50. Ich glaube nicht.
51. Zufrieden.
52. Weiß nicht.
53. Wichtige Probleme habe ich nicht übersehen. Ich finde diesen Fragebogen sehr gut.

54. Vollständig zufrieden.

55. Alles zumutbar. Nein.

56. Nein. . Ja, den Krankheiten vorbeugen durch mehr
Öffentlichkeitsarbeit.

57. -.Teilweise. Nicht beurteilbar.

Ablehnende und ablehnend-kritische Meinungen

1. Überflüssig.

2. Die Fragen sind zu allgemein. Wahlmöglichkeiten sind
zu groß.

3. Ich finde die Fragen nicht als unangemessen, aber
sicherlich als überflüssig.

4. Befragung überflüssig. Wohin gehen die Daten?

5. Zum Teil sehr überflüssig.

6. Vielleicht überflüssig.

7. Teilw. lächerlich, zu oberflächlich.

8. Ich finde die Befragung etwas oberflächlich.

9. Die Befragung kommt mir zu oberflächlich vor. Das
persönliche Verhältnis Arzt - Patient ist viel wich-
tiger als bloß "Information".

10. Die Fragen waren zu unpersönlich.

11. Zu oberflächlich, wenn man "Gesundheitszustand" von
Patienten niedergelassener Ärzte feststellen will.

12. Zum Teil überflüssig.

13. Zu lang. Nein.

14. Zu lang.

15. Diese Befragung ist ein Krampf.

16. Langweilig und wenig differenziert.

17. Überflüssig.

L E B E N S L A U F

Harald Lindenmüller
Erich-Kästner-Str. 8
8 München 40

Geboren: 13. 3. 1952 in Wemding/Donauwörth

A. Schulbildung

Volksschule: 1958 - 1962 in München
Gymnasium: 1962 - 1972 in München
Reifeprüfung: 23. 6. 1972 Asamgymnasium München

B. Universität

HS72/73-SS79: Soziologie an der Universität München
HS75/76-SS81: Psychologie an der Universität München
6/80 - 10/81 Grundausbildung Gesprächstherapie GWG

Abschlüsse: Dipl. Soz. 28. 6. 1979, Note: gut
Dipl. Psych. 29. 7. 1981, Note: gut
Promotion Dr. phil. 28. 7. 1986

C. Berufstätigkeit

1/82 - 7/82 Wissenschaftl. Mitarbeiter beim Max-Planck-Institut für Psychiatrie
9/82 - 10/85 Wissenschaftl. Mitarbeiter und Doktorand bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung München, MEDIS-Institut
Seit 12/85 Freier Mitarbeiter an der Nervenkrank der Universität München (PC- und Softwarebetreuung)

Seit 11/85 Ausbildung zum EDV-Fachmann bei CONTROL-DATA

Harald Lindenmüller

